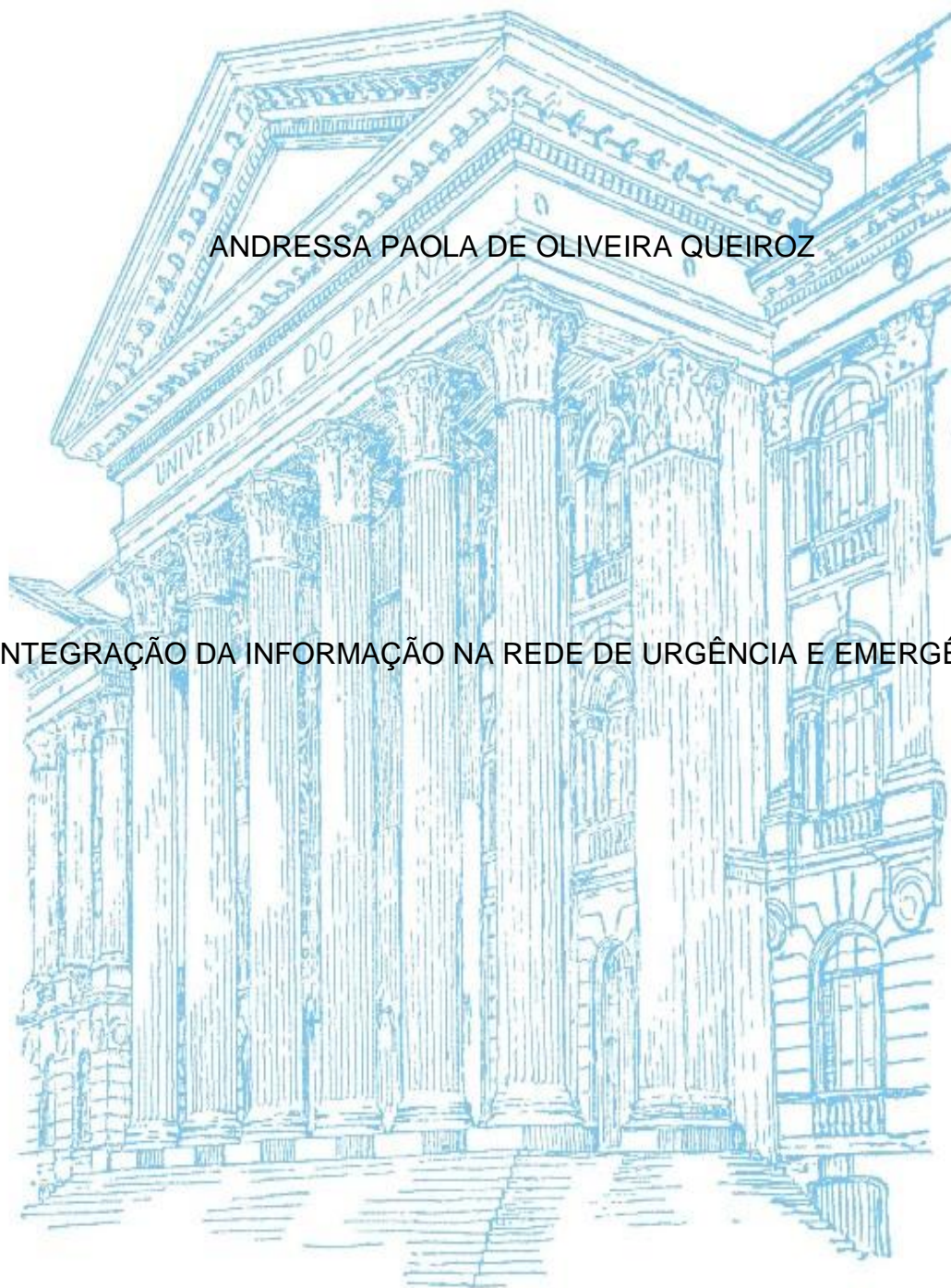


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANDRESSA PAOLA DE OLIVEIRA QUEIROZ

INTEGRAÇÃO DA INFORMAÇÃO NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



CURITIBA

2015

ANDRESSA PAOLA DE OLIVEIRA QUEIROZ

## INTEGRAÇÃO DA INFORMAÇÃO NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, no Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Aida Maris Peres

CURITIBA

2015

Queiroz, Andressa Paola de Oliveira  
Integração da informação na rede de urgência e emergência / Andressa Paola  
de Oliveira Queiroz  
- Curitiba, 2015.  
100 f. ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Aida Maris Peres  
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,  
Setor de Ciências da  
Saúde. Universidade Federal do Paraná. 2015.

Inclui bibliografia

1. Enfermagem. 2. Sistema de Informação em Saúde. 3. Troca de  
informação em saúde.  
4. Gestão em saúde. I. Peres, Aida Maris. II. Universidade Federal do Paraná.  
III. Título.

CDD 610.730285

## TERMO DE APROVAÇÃO

ANDRESSA PAOLA DE OLIVEIRA QUEIROZ

### INTEGRAÇÃO DA INFORMAÇÃO NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:



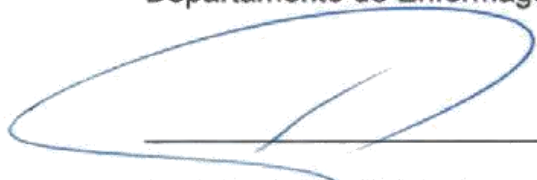
Profa. Dra. Aida Maris Peres

Orientadora – Departamento de Enfermagem, UFPR



Profa. Dra. Luciana Schleder Gonçalves

Departamento de Enfermagem, UFPR



Prof. Dr. Paulo Poli Neto

Secretaria Municipal de Saúde, Curitiba

Curitiba, 18 de dezembro de 2015.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, professora Dra. Aida Maris Peres, pela orientação, tempo, auxílio e por acreditar em mim.

Ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem, do Setor da Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela oportunidade.

A professora Dra. Ana Maria Dyniewicz, pela coorientação e ajuda nesta pesquisa.

À fundação CAPES, do Ministério da Educação, pelo auxílio bolsa durante todo o período do curso.

À professora Dra. Luciana Schleder Gonçalves e ao professor Dr. Paulo Poli Neto, pelas orientações na banca de qualificação e agora na banca da defesa.

À professora Dra. Letícia Mara Peres pelas considerações e ajuda na banca de qualificação.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta dissertação a Deus pelo privilégio da vida e por todas as bênçãos a mim concedidas.

Ao meu amado esposo, que sempre esteve ao meu lado com amor, paciência, carinho e dedicação, nessa jornada de dois anos.

A minha família que mesmo de longe sempre me apoiaram e oraram por mim.

## RESUMO

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) busca garantir o atendimento à população em situações de urgência e emergência, com a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do fluxo entre os demais pontos. Assim, a integração da informação entre os componentes da rede apoia o trabalho dos profissionais de saúde. O objetivo da pesquisa foi analisar a integração entre os dados e informações à Rede de Urgência e Emergência por um sistema de informações em saúde (SIS) municipal, na percepção dos profissionais de saúde. Pesquisa quantitativa do tipo descritivo, de corte transversal. A coleta de dados foi realizada de janeiro a setembro de 2015 por meio de formulários, com 103 profissionais enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde e Unidade de Pronto Atendimento em um distrito sanitário de Curitiba-PR. Os resultados foram classificados nas seguintes dimensões: Apresentação do Prontuário, Conteúdo, Treinamento e Integração. Notou-se que os profissionais de saúde percebem o sistema de saúde municipal como uma ferramenta útil em suas tarefas diárias, mas que ainda não alcança integração dos serviços, pela falta de conectividade entre os pontos da rede. Dessa forma, a pesquisa mostrou que a integração da informação entre os serviços na RUE ainda não ocorre de maneira satisfatória para os profissionais da saúde, e que um sistema mais integrado pode trazer melhorias para a qualidade dos atendimentos realizados aos usuários do sistema público de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem. Sistema de Informação em Saúde. Troca de Informação em Saúde. Gestão em Saúde.

## **ABSTRACT**

The Urgency and Emergency Network (RUE) aims to ensure health care for the population in urgent and emergency situations while perceiving Primary Health Care as the coordinator of the flow between the other units. Therefore, the integration of information between network components supports the work of health professionals. The objective of the research was to analyze the integration between data and information in the Network of Emergency Department through a municipal Health Information System (SIS) according to health professionals. This quantitative research is both descriptive and cross-sectional. Data collection was conducted with 103 nurses and medical professionals of Primary Health Care and Emergency Unit in a health district of Curitiba-PR through the use of forms. The results were classified in the following dimensions: Medical Report Presentation, Content, Training and Integration. It was clear that health professionals see the municipal health system as a useful tool in their daily tasks, but due to a lack of connectivity between network points, it has not yet achieved integration of services. Consequently, this research has shown that the integration of information between services in RUE still does not occur to the satisfaction of health professionals, and that a more integrated system can bring improvements to the quality of care provided to users of the public health system.

Key-words: Nursing. Health Information Systems. Health Information Exchange. Health Management.



## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA: IDADE (ANOS) DOS PARTICIPANTES NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, CURITIBA, PARANÁ, 2015.....	44
TABELA 2 -	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA:TEMPO DE TRABALHO (ANOS) DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, MÉDICOS E ENFERMEIROS NO SERVIÇO PÚBLICO, CURITIBA, PARANÁ, 2015.....	45
TABELA 3 -	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA: TEMPO DE TRABALHO (ANOS) DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SERVIÇO PÚBLICO, CURITIBA, PARANÁ, 2015.....	45
TABELA 4 -	TEMPO DE TRABALHO (ANOS) DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, CURITIBA, PARANÁ, 2015.....	46
TABELA 5 -	TEMPO DE TRABALHO DOS MÉDICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, CURITIBA, PARANÁ, 2015.....	46
TABELA 6 -	DIMENSÃO APRESENTAÇÃO DO PRONTUÁRIO NO E-SAÚDE NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CURITIBA, PARANÁ, 2015.....	47
TABELA 7 -	DIMENSÃO: APRESENTAÇÃO DO PRONTUÁRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, DO E-SAÚDE NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CURITIBA, PARANÁ, 2015 .....	49
TABELA 8 -	DIMENSÃO APRESENTAÇÃO DO PRONTUÁRIO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, DO E-SAÚDE NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, CURITIBA, PARANÁ, 2015.....	50
TABELA 9 -	DIMENSÃO CONTEÚDO DO E-SAÚDE NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, CURITIBA, PARANÁ, 2015.....	51
TABELA 10 -	DIMENSÃO CONTEÚDO DO E-SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, CURITIBA, PARANÁ, 2015.....	52
TABELA 11 -	DIMENSÃO CONTEÚDO DO E-SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, NA REDE DE URGÊNCIA E	

	EMERGÊNCIA, CURITIBA, PARANÁ, 2015 .....	53
TABELA 12 -	DIMENSÃO TREINAMENTO DO E-SAÚDE DE NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA CURITIBA, PARANÁ, 2015.....	55
TABELA 13 -	DIMENSÃO INTEGRAÇÃO DO E-SAÚDE NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, CURITIBA, PARANÁ, 2015.....	58
TABELA 14 -	DIMENSÃO INTEGRAÇÃO DO E-SAÚDE COM QUESTÕES ESPECÍFICAS PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, CURITIBA, PARANÁ, 2015.....	60
TABELA 15 -	DIMENSÃO ALERTAS DO E-SAÚDE DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, CURITIBA, PARANÁ, 2015.....	62
TABELA 16 -	DIMENSÃO ALERTAS NO E-SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. CURITIBA, PARANÁ, 2015.....	64
TABELA 17 -	QUESTÃO APENAS PARA OS ENFERMEIROS DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, CURITIBA, PARANÁ, 2015.....	66

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	13
1.1 QUESTÃO NORTEADORA	17
1.2 OBJETIVO GERAL	17
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b>	18
2.1 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	18
2.1.1 Atenção Primária à Saúde	22
2.1.2 Unidade de Pronto Atendimento	25
2.2 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	29
<b>3 MÉTODO</b>	36
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	36
3.2 LOCAL DE ESTUDO	37
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	39
3.4 CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES	39
3.4.1 Critérios de inclusão	39
3.4.2 Critérios de exclusão	40
3.5 PRINCÍPIOS ÉTICOS	40
3.6 COLETA DOS DADOS	40
3.7 ANÁLISE DOS DADOS	42
<b>4 RESULTADOS</b>	43
4.1 UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO	43
4.1.1 Caracterização dos participantes da pesquisa	43
4.1.2 Apresentação do Prontuário	46
4.1.3 Conteúdo	50
4.1.4 Treinamento	54
4.1.5 Integração	57
4.1.6 Alertas	62
4.1.7 Questões específicas para enfermeiras da Unidade de Pronto Atendimento	65
<b>5. DISCUSSÃO</b>	67

5.1 UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO.....	67
5.1.1 Caracterização dos participantes da pesquisa.....	67
5.1.2 Dimensão apresentação do Prontuário.....	68
5.1.3 Dimensão conteúdo.....	70
5.1.4 Dimensão treinamento.....	72
5.1.5 Dimensão integração.....	73
5.1.6 Dimensão alertas.....	76
5.1.7 Questões para as enfermeiras da Unidade de Pronto Atendimento.....	77
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>104</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O cenário do sistema de saúde brasileiro mostra dificuldades para se adaptar rapidamente às mudanças contextuais tais como envelhecimento populacional, transição epidemiológica, avanços científicos e incorporação tecnológica. Diante do desencontro entre as necessidades de saúde da população e o sistema atual, as mudanças adaptativas são obrigatórias para sua sobrevivência, como contraponto para a descontinuidade e a fragmentação da atenção à saúde (OPAS, 2011a).

Dessa forma, busca-se a superação desta fragmentação no Sistema Único de Saúde (SUS) com a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde, OPAS (2011a), as RAS geram grande impacto na Saúde, pois reduzem as fragilidades da atenção ao paciente, organizam a infraestrutura do sistema, levando à mais eficiência no serviço, e, como consequência, melhoram o atendimento e qualidade da saúde da população. As RAS seguem os princípios do SUS, que são a Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 1990), e foram criadas pela Portaria GM nº 4.279 de dezembro de 2010 do Ministério da Saúde, MS (BRASIL, 2010a), como estratégia para a consolidação da integralidade.

Assim, as RAS têm não só como objetivo promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde, com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema (BRASIL, 2010a).

No Brasil, as RAS são estruturadas em Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção às Doenças Crônicas e a Rede de Atenção à Urgência e Emergência, que será o cenário de interesse desta pesquisa.

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem o objetivo de articular e integrar, no âmbito do SUS, o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgências nos serviços de saúde, de maneira ágil e oportuna (BRASIL, 2012a). Sua implantação e ações precisam ocorrer promovendo a integração dos serviços.

A RUE tem sua institucionalização com a Portaria GM nº 1.600, de julho de 2011 e de acordo com o Art. 4 é constituída pelos seguintes componentes:

Promoção, prevenção e vigilância à saúde, atenção básica em saúde, serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU) e suas centrais de regulação médica de urgências, sala de estabilização, força nacional de saúde, unidades de pronto atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas, hospitalar e atenção domiciliar (BRASIL, 2011a, p.1).

Uma das diretrizes da RUE é a qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e contínuas que busquem a integralidade do cuidado em saúde. A RUE propõe-se a atuar como uma rede de acesso em todos os seus níveis de atenção, de forma articulada, integrada, reguladora do fluxo e centrada na atenção básica (BRASIL, 2011a).

Um dos importantes constituintes da RUE é a Atenção Primária à Saúde (APS). Com objetivo de “ampliar o acesso, fortalecer o vínculo e a responsabilização do primeiro cuidado às Urgências e Emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento para outros pontos de atenção, quando necessário” (BRASIL, 2011a, p.1). Assim, a APS tem um papel central de comunicação dentro das redes e precisa ser potencializada como porta de entrada preferencial e centro ordenador dos serviços e ações de promoção, prevenção e recuperação da rede (MENDES 2011). Entende-se por APS, os serviços de Unidades de Saúde, US e Estratégia de Saúde da Família, ESF.

Outro importante integrante da RUE são as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que têm como objetivo garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção da rede, proporcionando a continuidade do tratamento (BRASIL, 2013a). A UPA caracteriza-se por funcionar 24 horas por dia, durante todos os dias da semana e, segundo a Portaria citada anteriormente, pode ser definida como estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo, com estas, compor uma rede organizada de atenção às urgências.

Assim, ressalta-se que a integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde na Rede de Atenção, de forma contínua, busca melhorias no desempenho do sistema, conforme previsto nas diretrizes da RUE. Uma atuação, articulada, sinérgica e transversal entre os componentes da rede, demanda informação e

regulação do acesso (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2013a). Logo, a conectividade entre os diferentes pontos de atenção é essencial para que os dados gerados nas Unidades de Pronto Atendimento culminem na continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde.

As informações em saúde geram benefícios indiretos aos usuários dos serviços de saúde, mas também, são a base dos serviços, pois orientam a implantação, acompanhamento e avaliação da saúde, culminando na prevenção e controle de doenças (BRASIL, 2010b). Assim, numa análise mais abrangente das informações geradas pelos gestores, com o devido retorno para todos os componentes da rede, torna-se obrigatória a participação de todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2013b).

Com os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) as informações geradas permitem que se realize uma análise para a melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população, e subsidie a tomada de decisão em diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2008). A literatura mostra diferentes definições para os SIS, como a de um “conjunto de unidades de produção, análise e divulgação de dados, que atuam integradas e articuladamente” (BRASIL, 2005, p.63). Marin (2010, p.1) define SIS como o “conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde”.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2010), define SIS como um conjunto de componentes que são integrados e têm por finalidade produzir a informação necessária e oportuna para a implementação de processos decisórios no sistema de serviços de saúde. De maneira geral o objetivo dos SIS é de coletar, armazenar e disponibilizar todas as informações necessárias para o planejamento, decisões e ações dos profissionais de saúde, de modo que elas sejam pautadas na realidade, e não em dados subjetivos ou ultrapassados, sendo o sistema de informação o meio para a geração dessas informações (BARBOSA; FOSTER, 2010; BRASIL, 2010b).

No Brasil, na década de 1990, os SIS passaram a atuar de forma mais integrada, com a possibilidade de comunicação e articulação entre diferentes pontos geográficos (MARIN, 2010). Atualmente a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) tem o propósito de promover a melhoria dos processos de trabalho, por meio de um Sistema Nacional de Informações em Saúde,

que seja articulado em todos os níveis da saúde, gestão e população (BRASIL, 2014a).

Considerando a importância do SIS, supõe-se que as informações geradas nos atendimentos de urgência e emergência precisam ser disponibilizadas pela e para a equipe da RUE. Desta forma, espera-se que esta caracterização da disponibilização das informações no sistema facilite a análise dos dados relacionados à Rede de Urgência e Emergência.

A pesquisa justifica-se pela necessidade de reconhecimento da informação em saúde na Rede de Urgência e Emergência, na perspectiva de que as informações geradas em qualquer ponto da RUE possam ser utilizadas em todos os seus níveis de atenção. Assim, este estudo sustenta-se no princípio da integralidade, considerando a RUE como estratégia para atendê-lo, e busca por promoção da integração entre os serviços de urgência e emergência. Para tal, sua organização apoia-se na premissa de que as informações estejam incorporadas e disponíveis para propiciar a melhoria dos serviços prestados à população.



## **1.2 QUESTÃO NORTEADORA**

Como as informações de um sistema de informação em saúde municipal são integradas e disponibilizadas segundo a percepção dos profissionais de saúde da Rede de Urgência e Emergência?

## **1.3 OBJETIVO GERAL**

Tem-se como objetivo geral analisar a integração entre os dados e informações da Atenção Primária à Saúde e Unidade de Pronto Atendimento na Rede de Urgência e Emergência no sistema informatizado institucional, segundo a percepção dos profissionais de saúde.

## **1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar dados e informações relevantes para a Rede de Urgência e Emergência disponibilizados pelo sistema de informações em saúde municipal.

- Descrever como ocorre a integração das informações da Rede de Urgência e Emergência utilizadas pelos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde e Unidade de Pronto Atendimento.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo serão apresentados temas relacionados à Rede de Urgências e Emergência com um breve histórico e contexto da RUE no Brasil. Em seguida serão apresentados dois componentes da RUE, considerados relevantes para a pesquisa, as Unidades de Pronto Atendimento e a Atenção Primária à Saúde.

E por fim, o segundo subcapítulo discorrerá sobre os Sistemas de Informação em Saúde, com um recorte histórico de seu surgimento no Brasil, conceitos e objetivos, na perspectiva da integração da informação em saúde.

### 2.1 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) teve suas primeiras discussões na década de 1920, quando foi elaborado o Relatório de Dawson no Reino Unido. Ele mostrava as necessidades de rearranjos nos serviços de saúde, pois as ações de equipamentos isolados em saúde já não eram mais resolutivas para enfrentar os problemas em saúde, o que exigia esforços combinados. No documento consta o que foi a primeira proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde. De acordo com o relatório, os serviços deveriam tornar-se acessíveis à população e oferecer cuidados preventivos e curativos, em todos os âmbitos da saúde (RELATÓRIO DAWSON, 1920).

Na América Latina, mais especificamente no Chile, as RAS vêm sendo discutidas como política oficial há mais tempo que em outros países do continente Sul-Americano (MINISTÉRIO DE SALUD DE CHILE, 2005; FÁBREGA 2007). Um marco importante acerca de Redes Integradas de Serviços de Saúde foi a 61ª Sessão do Comitê Regional da Organização Pan-Americana de Saúde, realizado em Washington em 2009 (OPAS, 2011a). O documento final deste evento mostrou as dificuldades nos sistemas de saúde nas Américas devido à fragmentação na saúde, com serviços de baixa qualidade e difícil acesso e recursos de pouca eficiência (OPAS, 2009).

No Brasil, a proposta de redes vem sendo discutida desde a década de 1990, porém a aplicação do conceito veio de maneira discreta, sendo colocado em prática em alguns estados. O debate por maior integração adquiriu nova ênfase no Brasil a partir de 2006 com o Pacto pela Saúde, que ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do Sistema de Saúde, por meio da Rede de Atenção à Saúde como uma das estratégias essenciais para consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade (BRASIL, 2010b).

Também em 2006, o Banco Mundial (WORLD BANK, 2006) avaliou o Sistema Integrado de Serviços de Saúde de Curitiba, estado do Paraná, quando foram levantados os pontos fortes da experiência de uma rede de atenção implantada. No mesmo ano, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2006b) considerou que os desafios do SUS eram promover o alinhamento da situação epidemiológica brasileira com o modelo de atenção à saúde do SUS, por meio da implantação de RAS.

Em 2008, o Ministério da Saúde (MS) definiu o conceito e os princípios da RAS, formulando um processo de transição para as RAS e propondo as diretrizes nacionais para sua implantação (BRASIL, 2008). Dessa forma, o Ministério da Saúde lançou a Portaria GM nº 4.279 de dezembro 2010, com função estabelecer as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. A Portaria tratava das diretrizes para a estruturação da RAS como estratégia para superar a fragmentação da atenção e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual (BRASIL, 2010a).

A OPAS reforçou a necessidade de esforços para “promover a integração clínica e o estabelecimento de redes integradas do setor saúde” (OPAS, 2011, p.20a).

As RAS, contudo, recebem diferentes definições, para Castells (2000), as redes são novas formas de organização social, com intensivas tecnologias de informação, baseadas na cooperação e dotadas de autonomia. Outra definição é da World Health Organization (2008a) de que a gestão dos serviços de saúde deve ocorrer de maneira que todos tenham acesso a um contínuo serviço, preventivo ou curativo, de acordo com suas necessidades entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

O objetivo da RAS, segundo o MS, é promover a integração sistêmica com provisão de atenção contínua, de qualidade, responsável e humanizada, bem como

incrementar o desempenho do Sistema. A Rede caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com a Atenção Primária à Saúde, APS, assim como a centralidade nas necessidades em saúde de uma população, responsabilização na atenção contínua e integral, cuidado multiprofissional, compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010a).

A “implementação das RAS tem como desafio a construção de sistemas integrados de saúde que se articule em todos os níveis de atenção à saúde, e de forma interfederativa mais harmônica possível” (BRASIL, 2012a, p.09). A OPAS (2010b, p.26) define Rede de Atenção à Saúde, como “uma rede de organizações que presta serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida [...]” .

A 14<sup>o</sup> Conferência Nacional de Saúde trouxe como uma de suas diretrizes os seguintes pontos: “garantir a gestão unificada e coerente do SUS com base na construção de redes integrais e regionais de saúde” e assegurar acesso e atenção integral através da expansão e qualificação da rede de serviços (BRASIL, 2012b, p.33;46).

Mendes (2011) afirma que as redes são propostas com o intuito de atender projetos e processos complexos de gestão e atenção em saúde, nos quais ocorrem diferentes interações de agentes e manifesta-se uma necessidade de ampliação do acesso aos serviços de saúde. No âmbito da saúde, todos os aspectos das RAS, devem focar na população, de forma integral, através de serviços contínuos de cuidados à saúde (BRASIL, 2012b).

No Brasil, a Rede de Atenção à Saúde é dividida em quatro segmentos que deveriam contemplar a maioria das necessidades de saúde da população. Estes são a Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção às Doenças Crônicas e Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE). Neste estudo, a pesquisa será voltada apenas para a RUE.

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) tem início com a Portaria GM nº 1.863, de 29 de setembro 2003, e sua proposta era responder ao quadro de morbimortalidade relativo às urgências no Brasil (BRASIL, 2003a). A PNAU preconizava que a atenção às urgências devia fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as unidades básicas, equipes de saúde da família até os cuidados pós-hospitalares, recuperação e reabilitação (BRASIL, 2011b). Com a organização das redes de atenção nas urgências e emergências

buscavam-se vantagem de economia e redução do tempo nas respostas (BRASIL, 2011b).

Na continuidade, a Rede de Urgência e Emergência foi instituída de acordo com as políticas do SUS pela Portaria GM nº 1.600 de julho de 2011, que define as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências no Art. 2, como:

- I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;
- II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
- III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;
- IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- V - garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;
- VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;
- VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;
- VIII - atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
- IX - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;
- X - articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;
- XI - participação e controle social dos usuários sobre os serviços;
- XII - fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;
- XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e
- XIV - qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização (BRASIL, 2011a, p.01).

A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

Seguindo pela trajetória histórica da situação das urgências no Brasil, em 2012 foi discutida na 14ª Conferência Nacional de Saúde, a necessidade de ampliar e qualificar a atenção de urgências integradas à rede de atenção integral (CNS, 2012b). Dessa forma, as redes de urgência e emergência focaram em reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada pela atenção básica (BRASIL, 2013a).

Neste novo delineamento os componentes da RUE são os seguintes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde, Atenção Primária à Saúde, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e suas Centrais de Regulação Médica de Urgência, a Sala de Estabilização que deve ser vinculada a uma Unidade de Saúde e ter articulação com os níveis de atenção da rede para o encaminhamento pela central de regulação das urgências, a Força Nacional de Saúde do SUS, Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), conjunto de serviços de urgência hospital e atenção domiciliar (BRASIL, 2011a).

Todos os componentes da RUE são igualmente importantes, para que se possa cumprir com o objetivo de obter, articuladamente integração dentro da Rede de Urgência e Emergência, de forma articular. Nesta pesquisa, são focados os seguintes componentes: Atenção Primária à Saúde, que engloba Unidades de Saúde e Estratégia de Saúde da Família, e Unidade de Pronto Atendimento, visto que o local onde serão coletados os dados deste estudo, são os pontos mais acessíveis para avaliação da integração entre as informações disponibilizadas à Rede de Urgência e Emergência por meio de um sistema de informações em saúde municipal.

### 2.1.1 Atenção Primária à Saúde

A partir do já citado Relatório de Dawson em 1920, que trata da organização do sistema dos serviços de saúde, cada nível de atenção pode ser diferenciado e ter suas atribuições específicas bem mais tarde, nas RAS (BRASIL, 2004). Essa formulação subsidiou o delineamento teórico de um sistema de saúde hierarquizado e integrado em rede (OPAS, 1964).

Na década de 1970, a Organização Mundial da Saúde, OMS, propagou o conceito da integração dos serviços regionais num sistema nacional. No Brasil, na mesma época, iniciaram-se discussões do movimento da reforma sanitária cujos processos priorizaram a dimensão político-industrial e administrativa. Porém, sua implantação foi no ano de 1994, com o termo Saúde da Família, quando houve a mudança do status de Programa para Estratégia Saúde da Família na reorientação do modelo assistencial (CONILL, 2008).

Contudo, um importante marco na história da atenção básica ocorreu antes, na VIII Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986, culminando no Artigo nº 196 da Constituição de 1988, que prevê criação de um sistema de acesso universal e igualitário, com ações voltadas para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

Em 1997, o Ministério da Saúde lançou a cartilha “Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial”. Nela, o termo PSF (Programa de Saúde da Família) aparece como uma “estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados”. A cartilha também mostrava a importância da integração entre os níveis de atenção, articulando-os entre si, de maneira que o PSF não trabalhasse isoladamente. (BRASIL, 1997, p.08)

No ano de 2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pela Portaria GM nº 648, que estabeleceu as normas e diretrizes de organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família. A lei também fomentava as discussões para o novo pacto entre as esferas do governo (BRASIL, 2006c). O Pacto pela Vida reiterou como prioridade a consolidação e qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2006d).

Dessa forma, a APS passou a ser implantada como Política Nacional orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integração, responsabilidade, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2007a).

Porém, para que a APS pudesse atuar de forma que conseguisse atingir os seus princípios, era preciso a integração dos serviços de saúde. Com isso, a OPAS, Representação do Brasil, lançou um documento que aponta a RAS como resposta à

crise dos sistemas de saúde, e a APS como coordenadora da Rede. Neste documento, a OPAS e a OMS Brasil relatam que a melhor resposta ao quadro de saúde da população brasileira venha de um sistema de saúde integrado e organizado através das RAS e que seja baseado na Atenção Primária a Saúde (OPAS, 2011b).

Assim, no Brasil, o debate em torno de uma integração maior entre os níveis de atenção ganhou uma nova visão a partir do Pacto pela Saúde, o qual se refere à necessidade de aprofundar o processo de regionalização e organização dos sistemas de saúde no formato de Redes (BRASIL, 2010b).

Várias políticas, normativas, diretrizes e documentos voltados para a criação de um modelo de atenção efetivando a APS como eixo estruturante e coordenado da RAS no SUS foram aprovados, como o Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) (BRASIL, 2007b). A 14ª Conferência Nacional de Saúde também trouxe como uma das diretrizes, a ampliação e o fortalecimento da Rede de Atenção Básica (BRASIL, 2012b).

Assim, a RAS é regulamentada e tem suas diretrizes de organização estabelecidas pela Portaria GM nº 4.279 de dezembro de 2010. De acordo com ela, a Rede deve ser centralizada da APS, com atenção contínua e integral (BRASIL, 2010a). A Portaria também fundamenta que a APS é compreendida como o primeiro nível de atenção e afirma que ela coordena o cuidado em todos os pontos de atenção, igualmente importantes para que se possa cumprir com os objetivos dentro da RAS (BRASIL, 2010a).

Outro ponto importante que a Portaria destaca é a Atenção Primária como centro de comunicação ordenadora e coordenadora do cuidado dentro da Rede. Dessa maneira, a APS deve ser o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde devendo exercer ações de saúde, e também tem o papel de integrar verticalmente os serviços (BRASIL, 2010a).

No ano de 2008, a World Health Organization, já mostrava que era necessário reformar as políticas para articular a APS para uma maior integração das políticas públicas em intervenções intersetoriais (WHO, 2008b). Mendes (2011) afirma que o centro de comunicação da RAS é Atenção Primária à Saúde e que a mudança do sistema só ocorrerá quando a rede for apoiada numa APS de qualidade.



Além disso, os serviços da APS devem estar não apenas inseridos na rede, mas também ser o eixo coordenador do fluxo de pacientes, formando uma rede regionalizada de cuidado em todos os níveis de atenção necessários para garantir a resolutividade e integralidade (OPAS, 2011b).

Da mesma forma como a APS é entendida como foco central na RAS, seu entendimento não é diferente dentro da Rede de Urgência e Emergência. Assim, a Atenção Primária a Saúde é definida na RUE pela Portaria GM nº 1.600 de julho de 2011, que Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde, SUS (BRASIL, 2011a).

Segundo a Portaria, o objetivo da APS dentro da RUE é o seguinte:

[...] a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2011a, p.1).

A compreensão da APS como primeiro nível de atenção enfatiza sua função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir das quais se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. Dessa forma, a APS é vista como ponto central da Rede de Urgência e Emergência, agindo de forma a integrar os serviços de saúde. Assim, os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços em que se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular (BRASIL, 2010b).

As reformas nas políticas públicas devem articular a APS com a saúde pública e desenvolver uma integração das políticas públicas em intervenções intersetoriais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a), ou seja, a integração da rede coordenada pela APS só ocorre quando a informação em saúde é disponível e integrada a todos os níveis de atenção.

### 2.1.2 Unidades de Pronto Atendimento

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) é entendida como um estabelecimento de saúde que deve funcionar 24 horas por dia, devendo prestar

atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes que se encontrem em quadros agudos ou agudizados de natureza clínica (BRASIL, 2011a).

No ano de 2002, a Portaria GM nº 2.048, constituiu a área de Urgência e Emergência como um importante componente da assistência à saúde. Segundo essa Portaria, as Unidades de “Pronto Atendimento” eram vistas como um serviço com atendimento de baixa qualidade e pouca resolubilidade e ainda atuavam sem articulação com os outros serviços da rede assistencial. Porém, essas unidades já mostravam a necessidade de implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento para promover a organização da assistência de maneira que os serviços se articulassem com fluxo definido de referência para a população (BRASIL, 2002).

Outro aspecto importante para a definição das políticas de saúde foram as mudanças no perfil epidemiológico da população, as quais se deram devido ao aumento de doenças que se caracterizam por serem de países subdesenvolvidos concomitantemente ao incremento de agravos das doenças crônicas e ao aumento das taxas de morbimortalidade por causas externas decorrentes da violência urbana (MENDES, 2010).

Por conseguinte, no ano de 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) que teve como proposta a organização da atenção integral às urgências nas três esferas federal, estadual e municipal da gestão, regularizada pela Portaria GM nº 1.863 de 2003, que previa as Unidades de Pronto Atendimento como um dos componentes do sistema de Urgência e Emergência, tendo como objetivo diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais e regular o fluxo dos atendimentos (BRASIL, 2003b).

Dessa forma, a UPA teve sua implantação e adequação para fortalecer a organização de Rede de Atenção Integral às Urgências, em conformidade com a PNAU, através da Portaria GM/MS nº 2.922, de 02 de dezembro de 2008. A Portaria fomentava as características, dimensões físicas, estrutura e organização, das UPAs, assim como a ampliação do acesso com a integração delas aos demais serviços de saúde da rede (BRASIL, 2008a).

Em 13 de maio de 2009, o MS então consolida as diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de Redes de Atenção Integral às Urgências, também em conformidade com PNAU, através da

Portaria GM nº 1.020, estabelecendo assim como componente a UPA e as Salas de Estabilização, SE (BRASIL, 2009a).

Contudo, a UPA teve suas diretrizes com as características propostas em 2008 para a sua implantação estabelecida apenas no ano de 2011. No mesmo ano, o MS, redefine as diretrizes da UPA na Rede de Atenção às Urgências. Assim, a UPA passa a ser definida como o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária situado entre a Atenção Básica à Saúde e a Rede Hospitalar, devendo com esta compor uma rede organizada (BRASIL, 2011a).

As UPAs seguem diretrizes para a implantação em locais e unidades estratégicas para a configuração da Rede de Atenção às Urgências, tendo de estar em conformidade com a lógica de acolhimento e classificação de risco, todos os dias semana, e possuir equipe multiprofissional interdisciplinar (BRASIL, 2011a).

As UPAs devem garantir a recepção no usuário do serviço, de maneira que ele possa ser encaminhado para qualquer ponto da rede, e serem abertas para toda a população (O'Dwyer *et al.*, 2013). As UPAs possuem 03 diferentes classificações, que seguem os seguintes critérios: número da população do município sede, capacidade instalada (área física), número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e capacidade diária de realizar atendimentos médicos (BRASIL, 2011a).

Ainda neste ano, outras duas portarias foram instituídas, a GM nº 2.820 e a GM nº 2.821. Ambas dispõem sobre o importante tema, de incentivo financeiro para a UPA 24h e para o conjunto de serviços de Urgência da Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011b).

De acordo com a legislação, a definição de quanto cada UPA tem direito de repasse financeiro, segue a classificação de UPA: I Nova, II Ampliada ou III Reformada. Sendo a I-UPA Nova, aquela que receberá incentivo financeiro de investimento para a construção de uma nova Unidade, a II-UPA Ampliada aquela que receberá incentivo financeiro para aumento da área em uma unidade já existente, e a III-UPA Reformada aquela que receberá incentivo de custeio para alterar o ambiente que já existe sem aumentar a área de construção (BRASIL, 2011b).

Porém, mesmo com a implantação e consolidação das UPAs ainda é necessário melhorar aspectos que garantam o pleno funcionamento das Unidades. As políticas do SUS em forma de redes de atenção às urgências atuam para garantir

a continuidade do cuidado e organizar os serviços de forma estruturada (O'Dwyer *et al.*, 2013).

A Portaria GM nº 104 de 2014, redefine as diretrizes para a implantação da UPA 24h e do conjunto de serviços 24 horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), assim como dispõe sobre o incentivo financeiro (BRASIL, 2014a). Contudo, o Art. 10 da Portaria GM nº 1.600 de julho de 2011 que define a RUE, seus componentes, diretrizes e normas, já apresentava os deveres da UPA como integrante da RUE:

[...] Deve prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade (BRASIL, 2011a, p. 01).

Provavelmente aqui, trata-se da consolidação do SUS e do fortalecimento da RAS. Com a implantação das RAS e a definição da APS como um de seus componentes, também para quadros agudos de natureza clínica, acrescidos na demanda, houve necessidade da atenção de urgência e emergência como definida na 14ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2011).

Contudo, alguns autores afirmam que, para que ocorra a fixação da implantação das UPAs, é importante pensar no fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e sua articulação com o sistema, assim como formar profissionais com uma política de gestão, trabalho e educação (BRAVO; MENEZES, 2011).

No entanto, a efetivação da mudança proposta pela política de humanização para a reorganização dos serviços de emergência ainda é um desafio, pois, muitas vezes, vai além do trabalho da equipe, dependendo, também, de vontade política e das mudanças e condições estruturais dos serviços (SHIROMA; PIRES, 2011; MARTINS, 2012)

Alguns pesquisadores ainda ressaltam a necessidade de construir fluxos de atendimento, que produzam informação para a gestão. Para O'Dwyer *et al.* (2013) apesar da informatização nas UPAs, elas não produzem informação para planejamento, e é necessária uma atuação que some à atenção primária. Ressalta-se assim, a necessidade da integração não só dos serviços, mas também das informações que as UPAs precisam ter com a Atenção Primária na RUE.

## 2.2 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são instrumentos padronizados de coleta e monitoramento de dados, que têm como objetivo o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população, subsidiando a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal (BRASIL, 2008b).

A trajetória dos SIS é fortalecida no Brasil, a partir da Lei Orgânica nº 8.080 de 1990, que definiu como uma das atribuições do SUS a organização e coordenação do Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS). Em 1991, foi criado o Departamento de Informática do SUS, o DATASUS, e com ele surgiu uma nova estrutura organizacional, com ampliação do corpo gerencial. Na mesma época, foram dados os primeiros passos no uso da Internet no Brasil, por meio do convênio com o IBASE (Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas) com o provedor *Alternex* e o estabelecimento do uso de comunicação ponto a ponto em *desktops* (BRASIL, 2002).

Na Espanha, as discussões acerca de sistemas de informação na saúde acontecem desde 1986. Eles são considerados ferramentas essenciais que permitem o acesso a informações geradas em diferentes pontos de saúde, o que fornece tempo e conhecimento de confiança sobre o local (NACIONES UNIDAS, 2012). Atualmente naquele país, os sistemas seguem linhas estratégicas que desempenham um papel de liderança em SIS e desenvolvem uma política de melhoria e inovação para eles (MINISTERIO DE SANIDAD, 2014).

De acordo com WHO (2008b), os SIS são determinantes de saúde que auxiliam na tomada de decisão, organizam os processos de saúde e melhoram a acessibilidade, qualidade e uso das informações, para os profissionais da saúde.

Para o MS, a informação é fundamental para melhorar a gestão com a democratização da saúde, assim como a informatização das atividades do SUS, de acordo com as diretrizes tecnológicas adequadas. Os SIS São essenciais para a descentralização das atividades (BRASIL, 2014b). O DATASUS tem como responsabilidade prover os órgãos do SUS de Sistemas de Informação e suporte de

informática, e tem como competência, de acordo com o Artigo 38 do Decreto nº 8.065 de 2013, os seguintes pontos:

- I - fomentar, regulamentar e avaliar as ações de informatização do SUS, direcionadas à manutenção e ao desenvolvimento do sistema de informações em saúde e dos sistemas internos de gestão do Ministério da Saúde;
- II - desenvolver, pesquisar e incorporar produtos e serviços de tecnologia da informação que possibilitem a implementação de sistemas e a disseminação de informações para ações de saúde, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde;
- III - desenvolver, pesquisar e incorporar produtos e serviços de tecnologia da informação para atender aos sistemas internos de gestão do Ministério da Saúde [...] (BRASIL, 2013b, p.01).

Assim, o DATASUS atuou no sentido de criar condições para a implantação de um Sistema Nacional de Informação em Saúde. Com a criação do DATASUS, o MS demonstra a importância da integração dos Sistemas de Informação na Saúde, sendo esse um dos principais desafios a serem vencidos (BRASIL, 2002).

Outro marco importante na história dos SIS ocorreu, com as discussões levantadas na 11ª Conferência Nacional da Saúde em 2000, cujo tema era, “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social” (BRASIL, 2001). A Conferência mostrou o cenário das Políticas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) e a necessidade delas serem coerentes com a política e princípios do SUS assim como, a importância da informação em saúde como insumo fundamental para o aperfeiçoamento dos setores, e a falta do uso dessa ferramenta para o planejamento, programação, gestão e avaliação das atividades do Sistema (BRASIL, 2002).

Outro ponto importante levantado durante a Conferência diz respeito à fragmentação da saúde, o que repercutia como uma barreira para a melhoria da qualidade e da integração dos dados em saúde e que era vista como um agravante na qualidade da assistência prestada (BRASIL, 2002). Ainda, outro problema encontrado, como mostra o Ministério da Saúde em uma análise da situação dos SIS no Brasil, indica que, apesar do relativo sucesso em coletar, organizar e divulgar as informações em saúde, existe uma grande necessidade de avanço no caminho da integração entre os serviços de informação, assim como no uso dessas informações para a melhoria da produtividade e da qualidade dos processos de trabalho (BRASIL, 2014b).

No ano de 2003, ocorreu outro marco para a fundamentação na área da informatização. A 12ª Conferência Nacional de Saúde teve com um dos eixos temáticos a construção e aprovação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde no Brasil, a PNIIS (BRASIL, 2004). O documento trouxe a necessidade da informatização no SUS ser orientada por uma política de informação e informática para implantação de infraestrutura de tecnologia da informação, permitindo assim, a interligação dos serviços de saúde, de maneira a integrar os sistemas de informação, disseminando os dados necessários para um atendimento mais rápido e integral (BRASIL, 2004). Afinal, a fragmentação dos serviços de saúde torna difícil a construção das políticas de informação em saúde (SILVA; KERR PINHEIRO, 2012).

A Conferência trouxe também a importância de se estabelecer, efetivar e consolidar os fluxos de informação e comunicação entre os serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2003c), o que pode ser facilmente relacionado aos conceitos de redes, pois segundo Mendes (2011), a construção social das RASs precisa ser pautada em informações de qualidade, que sejam ofertadas por bons sistemas de informação em saúde, pois as informações quando eficazes ajudam na qualidade dos serviços públicos.

Em 2004 o MS lançou a Cartilha da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde com a proposta 2.0, que incluía deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2004). O documento trouxe um direcionamento para a PNIIS, afirmando que as políticas devem ser delineadas para o reforço da democratização da informação e da comunicação (BRASIL, 2004), e segue mostrando que a modernização dos Sistemas de Informação do SUS, precisavam se guiar juntamente à integração e articulação dos sistemas de saúde. Dessa forma a PNIIS tem o seguinte propósito:

Promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços e, assim, contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população (BRASIL, 2004, p. 15).

Como decorrência da evolução continua e rápida dos Sistemas de Informação em Saúde (OPAS, 2009), e a associação às necessidades de organização, planejamento, controle e avaliação desses Sistemas, o MS criou o Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO) que foi instituído pela Portaria GM nº 2.466 de 2009. O CIINFO não descarta a PNIS, mas também leva em consideração as necessidades de adequação dos processos e gerenciamento das políticas antes estabelecidas (BRASIL, 2009b).

As competências do CIINFO, segundo a Portaria que o instituiu, eram apreciar e aprovar anualmente Estratégias de Tecnologia da Informação, emitir normas e padrões técnicos de interoperabilidade e intercâmbio de informações, rever novas diretrizes gerais que promovam o fortalecimento da PNIS, assim como promover a racionalização do uso dessas tecnologias de informação e propor diretrizes básicas para a política de Tecnologia da Informação, definir padrões essenciais para a informação em saúde integrando a administração em todas as esferas de governo.

Alguns anos depois, o CIINFO foi redefinido pela Portaria GM nº 2.072 de 2011, e a definição das competências divididas em subcomitês, sendo eles os seguintes: Subcomitê de Segurança da Informação e Comunicações (SGSIC); Subcomitê de Governança das Tecnologias da Informação e Comunicação (SGTIC); Subcomitê de Governança da Informação em Saúde (SGIS) (FIOCRUZ, 2012; BRASIL, 2012c).

O ano seguinte foi marcado pela 14ª Conferência Nacional de Saúde, com diretrizes para o SUS, dentre as quais uma era específica à construção política de informação e comunicação que assegurava gestão participativa e eficaz em saúde (BRASIL, 2012b). Atualmente, a Portaria GM nº 589 de 2015, é a que institui a PNIS, que tem como finalidade a descrita a seguir:

PNIS tem como finalidade definir os princípios e as diretrizes a serem observados pelas entidades públicas e privadas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e pelas entidades vinculadas ao Ministério da Saúde, para a melhoria da governança no uso da informação e informática e dos recursos de informática, visando à promoção do uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação nos processos de trabalho em saúde (BRASIL, p.72, 2015c).

Outro ponto importante para a integração das informações em saúde foi a criação do projeto de informatização, conhecido como e-Saúde. O sistema foi



apresentado no congresso da Sociedade Brasileira de Informação em Saúde (SBIS) no ano de 2012 em Curitiba (OPAS, 2012). O e-Saúde é uma das prioridades do MS em todo o país, e tem como objetivo criar um registro eletrônico de qualidade para o bom funcionamento dos sistemas de saúde, com a integração dos dados e informação (OPAS, 2013). Porém, são necessárias algumas ferramentas para sua aplicação. Dessa forma, a OMS divulgou sete componentes necessários ao e-Saúde para todos os países. No Brasil, esses componentes foram adaptados em quatro: infraestrutura, recursos humanos, interoperabilidade e governança. No âmbito internacional, a OPAS e a OMS estabelecem conceitos de interoperabilidade em todos os países, para a melhoria dos serviços prestados a diferentes tipos de população (OPAS, 2013).

Para esta pesquisa, destaca-se a interoperabilidade, que pode ser definida como a habilidade de dois ou mais sistemas interagirem e intercambiarem dados, de acordo com o método definido, de forma a obter os resultados esperados (ISO, 2008). Para o MS, a interoperabilidade é a integração dos sistemas e das redes, considerando a existência de outros componentes, e parte do princípio da diversidade de produtos utilizados na rede (BRASIL, 2010c).

Como abordado, o foco desta pesquisa abrange as Unidades de Pronto Atendimento, a Atenção Primária à Saúde (US e ESF) e a integração das informações entre essas redes de atenção. Logo, destaca-se a necessidade de que o componente interoperabilidade proposto pela OMS, OPAS e PNIIS do MS seja contemplado nos SIS municipais.

O MS propõe que o e-Saúde seja composto pelas seguintes funcionalidades: cadastro, consulta e registros no PEP, remanejamento de agenda e das atividades coletivas dos profissionais, controle de estoque de vacinas, consulta de laudos de exames, sistema de farmácia e histórico de medicamentos. Entretanto, várias de suas funcionalidades não estão disponibilizadas para todos os componentes da RUE.

Dessa forma, para que se possa ter a interoperabilidade dos SIS, é necessário gerenciar os dados para o direcionamento e troca de informações internas e externas ao Governo Federal. Para isso, o Governo Federal criou os Padrões de Interoperabilidade de Governo Eletrônico, o e-PING, que teve suas primeiras discussões no ano de 2003. O e-PING consiste em um conjunto de “premissas, políticas e especificações técnicas que regulam a utilização das

Tecnologias de Informação e Comunicação na interoperabilidade dos serviços” (BRASIL, 2010c, p.27). Este conjunto engloba cinco segmentos: interconexão, segurança, meios de acesso, organização e intercâmbio de informações e áreas de integração para governo eletrônico (BRASIL, 2010c).

Pode-se perceber que em toda a trajetória da construção e efetivação dos SIS, segundo o indicativo do MS, as políticas e diretrizes nacionais e internacionais são voltadas para uma integração da informação e da participação de todos os níveis de saúde, incluindo a gestão como parte importante desse processo. A PNIS mostra a necessidade de seu planejamento, de sua implantação e de sua avaliação a serem realizados de forma participativa, contemplando profissionais de saúde, e que a integração e articulação das informações em saúde é um desafio a ser enfrentado (BRASIL, 2014c).

Para superar tais desafios, é essencial que o registro eletrônico da saúde, também definido como registro de todos os eventos ao longo do itinerário do usuário dos serviços de saúde, seja feito com o objetivo de melhoria da qualidade e eficiência dos serviços prestados à população. A OPAS, juntamente ao MS, lançou em 2011 uma série técnica para os gestores do SUS sobre redes integradas de atenção à saúde baseada na APS, que traz a necessidade da pesquisa, monitoramento e avaliação nos sistemas de saúde, com desenvolvimento de tecnologias com o compromisso do país em relação à APS (OPAS, 2011a).

Para Mendes (2011, p.115), o “terceiro componente dos sistemas de apoio da RAS, são os sistemas de informação em saúde”. De acordo com o autor, os SIS ao trazerem informações sobre os determinantes sociais da saúde e os ambientes que eles representam, contribuem na construção da RAS, pois é necessário que a ela seja embasada em informações de qualidade, por um SIS.

Para Albuquerque, Prado e Machado (2011), o SIS, ao fornecer um acesso imediato à informação, propiciará a melhoria da qualidade da assistência ofertada aos pacientes, com redução de custos. De acordo com Barbosa (2006), o fácil acesso a informação, além de facilitar a evolução do tratamento e as estratégias de intervenção individuais e coletivas, quando estas informações estão disponíveis ao acesso imediato, aumentam a qualidade da informação.

Para o trabalho da equipe de enfermagem o sistema de informação e-Saúde além de sistematizar a assistência da enfermagem, garante também o registro de produtividade, perfil dos atendimentos realizados a população, entre outros. Na APS

o enfermeiro consegue realizar no e-Saúde o controle de agendas, inserção de consultas extras, controle de estoque de medicamento e vacinas, anotar procedimentos de enfermagem realizados e encaminhar os usuários à UPA (GODOY, *et al.*, 2012).

### 3 MÉTODO

Neste capítulo é apresentado o método que foi utilizado para alcançar os objetivos da pesquisa. O capítulo está dividido nos seguintes subcapítulos: caracterização do estudo, local do estudo, participantes da pesquisa, critérios para seleção dos participantes, critérios de exclusão, princípio éticos, coleta e análise dos dados.

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Pesquisa quantitativa do tipo descritivo, de corte transversal. A pesquisa de abordagem quantitativa é definida por diferentes autores. Marconi (1982) afirmava que a pesquisa quantitativa também é apresentada como “semântica quantitativa e análise de conteúdo”, trabalhando e mensurando dados de uma base textual. Em um contexto mais atual, Ramos, Ramos e Busnello (2005) definem uma pesquisa quantitativa como tudo que pode ser mensurado em números e classificado e analisado com utilização de técnicas estatísticas. Para Diehl e Tatim (2004), a pesquisa quantitativa é formada pelo uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utilizando-se técnicas estatísticas, objetivando resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, possibilitando uma maior margem de segurança.

A pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características de determinada população, fenômeno ou estabelecimento de relação entre as variáveis (GIL, 2008). Esse tipo de pesquisa é útil quando se busca entender relações que existem entre as variáveis estudadas (SOUSA; DRIESSEN; MENDES, 2007).

Estudos de corte transversal são estudos que visualizam a situação de uma população em um determinado momento, como instantâneos da realidade (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 2006). As principais vantagens deste tipo de estudo são o seu baixo custo, e a rapidez com que se consegue retorno dos dados obtidos.

### 3.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada na cidade de Curitiba, estado do Paraná, uma capital do Sul do Brasil com 1.879.355 habitantes de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2014. Curitiba possui nove Distritos Sanitários distribuídos geograficamente, sendo eles: Bairro Novo, Boa Vista, Boqueirão, Cajuru, CIC, Matriz, Pinheirinho, Portão e Santa Felicidade (CURITIBA, 2014a).

A Rede de Urgência e Emergência do município possui 109 unidades de APS, das quais 66 atuam como Estratégia Saúde da Família (ESF), 41 como Unidades de Saúde, e duas Unidades de Saúde Especializadas. Também compõem a RUE nove Unidades de Pronto Atendimento (UPA) que atuam com retaguarda dos hospitais de referência, uma central de ambulâncias, uma central de leitos, uma regulação médica (192 e 193) com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE) (CURITIBA, 2014c). Cada Distrito Sanitário da cidade ainda conta com apoio de oito clínicas especializadas, 10 Centros de Atendimento Psicossociais (CAPS), dois hospitais municipais e um laboratório municipal.

A pesquisa foi realizada no Distrito Sanitário Boa Vista, com uma população de 248.698 habitantes, localizado na região norte do município. O Distrito Boa Vista possui 18 Unidades de Saúde sendo distribuídas nos bairros: Abaete, Abranches, Atuba, Bacacheri, Bairro Alto, Barreirinha, Fernando de Noronha, Higienópolis, Vila Esperança, Medianeira, Pilarzinho, Santa Cândida, Santa Efigênia, Tarumã, Tingui, Vila Diana, Vila Leonice e Vista Alegre (CURITIBA, 2014c). O Distrito também conta com apoio de três Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) sendo eles os seguintes: CAPS AD Boa Vista, CAPSi Boa Vista e CAPS II. Além disso, esse Distrito possui a Unidade de Pronto Atendimento Boa Vista (CURITIBA, 2014a).

O local de pesquisa foi escolhido a partir de dados do Relatório de Gestão e Monitoramento quadrimestral SUS-2014. Nele consta que a UPA Boa Vista possui o maior número de atendimentos/dia no município. A UPA Boa Vista conta com atendimento de equipe multiprofissional, e presta atendimento ambulatorial, internação, SADT (Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia) e urgências, com fluxo

de demanda espontânea e referenciada. Esta UPA possui ainda 22 leitos para internação, sendo 16 específicos de clínica geral e 06 de pediatria clínica.

Quanto à estrutura física para assistência às urgências, a UPA possui consultórios médicos, sala de acolhimento com classificação de risco, sala de atendimento a paciente crítico/sala de estabilização, sala de atendimento indiferenciado, sala de atendimento pediátrico, sala de curativo, sala de higienização, sala de pequena cirurgia, sala de repouso/observação – indiferenciado e pediátrico (CURITIBA, 2014b).

A informatização da rede municipal de saúde de Curitiba, iniciou em 1998 com o Cartão Qualidade Saúde (CQS) que tinha o objetivo de informatizar de maneira integral todos os processos técnicos e administrativos. Com enfoque na saúde dos usuários do SUS em Curitiba, ele vinculava o registro de todos os eventos de saúde. Em 2001, o modelo de atenção à saúde foi reorientado, tendo como base o conceito de Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS), que buscava a integração em rede dos níveis de atenção (CURITIBA, 2014).

Em 2012, foi implantado o e-Saúde pela SMS, inicialmente voltado à saúde materno-infantil, idoso e mental, como opção de sistema informatizado em substituição ao CQS. Esse novo sistema de informação foi moldado de acordo com as diretrizes do MS, que incluem a utilização do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e da Tabela Unificada de Procedimentos (TUP).

O e-Saúde é um sistema integrado, que contém o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e é caracterizado como um Sistema de Registro Eletrônico de Saúde (RES):

Está configurado em módulos, agregando informações que possibilitam aos Gestores da Saúde Municipal acompanhar, supervisionar, regular, controlar e auditar os serviços prestados tanto nos estabelecimentos próprios como nos demais pontos de atenção a saúde que integram a rede SUS/Curitiba. Dentre os módulos que compõem o sistema e-Saúde destacamos o Prontuário Clínico Informatizado, o Laboratório, o Registro do Atendimento Ambulatorial de Urgência, a Central de Regulação de Internações Hospitalares, a Central de Regulação de Leitos, a Central de Regulação de Consultas Especializadas e Exames, a Central de Regulação de Procedimentos de Alto Custo, a Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Sanitária e o Módulo Relatórios (OPAS, p.261, 2013).

O e-Saúde busca trabalhar com interoperabilidade e modelos de fluxo de informação para o bom funcionamento do sistema, e tem entre seus vários objetivos,

a integração dos dados, informação e serviços através de um registro eletrônico de qualidade (OPAS, 2013). No entanto, até o momento, não foi encontrado nenhum estudo que avaliasse o e-Saúde no município.

No cenário desta pesquisa, verificou-se que o acesso ao SIS, denominado e-Saúde pelo município em questão, é limitado para a equipe de enfermagem da UPA. Na UPA, o acesso ao e-Saúde pela enfermagem fica restrito à classificação de risco, ou aos procedimentos que o médico realizou tais como consulta, pedido de exame, etc. Na APS, médicos e enfermeiros podem registrar todos os seus procedimentos no e-Saúde.

### 3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no período de janeiro a setembro de 2015, em dois diferentes níveis de atenção à saúde da cidade de Curitiba - PR, por meio da coleta de dados com profissionais da saúde de nível superior, mais especificamente com médicos (n=33) e enfermeiros (n=29) de todas as Unidades Atenção Primária à Saúde (US e ESF), que somavam no período da coleta 62 profissionais. Também com médicos (n=28) e enfermeiros (n=13) que atuavam na Unidade de Pronto Atendimento do Distrito Sanitário Boa Vista, com uma população total de 41 profissionais. Assim, a população de participantes da pesquisa foi de 103 profissionais enfermeiros e médicos.

### 3.4 CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

#### 3.4.1 Critérios de inclusão

Considerou-se nessa pesquisa os seguintes critérios para a inclusão dos participantes: ser profissional da saúde com nível superior, médico ou enfermeiro, e estar trabalhando no período da coleta de dados na UPA do Distrito Sanitário Boa

Vista, bem como médicos e enfermeiros que atuavam em uma das unidades de Atenção Primária do mesmo Distrito, com contato direto com o Sistema de Informação em Saúde do município ou com as informações geradas por ele.

#### 3.4.2 Critérios de exclusão

Nessa pesquisa, definiu-se como critérios de exclusão para os participantes: profissionais de nível superior de outras áreas da saúde que não fossem médicos ou enfermeiros do distrito sanitário bem como estar de licença ou férias no período da coleta de dados.

### 3.5 PRINCÍPIOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná e ao Comitê da Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – PR, atendendo a Resolução nº 466, de dezembro de 2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado sob nº CAE 33867114.0.0000.0102 (ANEXO 4).

### 3.6 COLETA DOS DADOS

A pesquisa foi realizada no Distrito Sanitário Boa Vista, no local e horário de trabalho dos participantes, mediante agendamento prévio. Os dados foram coletados no período de janeiro a setembro de 2015, por meio do preenchimento de um formulário, que teve sua construção a partir do Sistema de Informação em Saúde do município de Curitiba - PR pela pesquisadora, com enfoque na Rede de Urgência e Emergência. O formulário foi submetido a testes piloto antes da coleta de dados,



conforme orientação do profissional estatística do Laboratório de Estatística Aplicada (LEA) da Universidade Federal do Paraná. Não foi realizado cálculo amostral, porque a coleta foi do tipo censo, realizada com todos os médicos e enfermeiros que atuam no Distrito Sanitário Boa Vista.

A coleta de dados exigiu formulários diferentes para dois tipos de serviços de saúde: o primeiro formulário, para as Unidades de Atenção Primária à Saúde (US e ESF) e o segundo, na Unidade de Pronto Atendimento do Distrito Sanitário do Boa Vista. Como os serviços funcionam com enfoques diferentes, foram aplicados testes piloto diferentes em cada um deles antes da coleta.

Nas Unidades de APS, o teste piloto foi feito em uma unidade de saúde com todos os médicos e enfermeiros, o que resultou em apenas um formulário para ambas as categorias. Na UPA, durante a realização do teste piloto, observou-se que as enfermeiras tinham acesso limitado ao sistema de informação computadorizado, situação que gerou a criação de cinco questões voltadas apenas para as enfermeiras.

Por fim, os instrumentos de coleta de dados, que buscaram responder os objetivos específicos da pesquisa, culminaram em dois tipos de formulários: para profissionais médicos e enfermeiros que atuam na APS e para os profissionais médicos e enfermeiros que atuam na UPA; (APÊNDICE 2; APÊNDICE 3).

As questões para os médicos e enfermeiros estão estruturadas e subdivididas em dimensões: apresentação do prontuário; conteúdo; treinamento; integração e alertas, também com questões específicas que se adequem às necessidades de cada serviço, APS e UPA em cada dimensão. Na dimensão apresentação do prontuário, as questões levantadas buscavam entender se, na percepção dos profissionais, os campos eram de fácil acesso, se havia compreensão em situações de urgência e emergência e como se dava o preenchimento. Foi ainda analisada gráfica do sistema, procurando saber se é preciso abrir várias guias para encontrar os dados dos usuários.

Na dimensão conteúdo, as perguntas dizem respeito ao conteúdo do sistema e se ele vai de encontro às necessidades de urgência e emergência diárias dos profissionais. Procurou-se, ainda, avaliar se o conteúdo que o e-Saúde apresenta é suficiente para integrar os serviços.

A dimensão treinamento refere-se a como os profissionais aprenderam a usar o e-Saúde e como se mantêm atualizados. A integração foi a dimensão em que

perguntas relacionadas a como os serviços trocam os dados, relacionados à urgência e à emergência, e a como ocorre o encaminhamento do usuários e a continuidade pelo e-Saúde.

As perguntas de como ocorrem os alertas do e-Saúde foram feitas na última dimensão do formulário, buscando entender como os profissionais acreditam que os alertas são importantes em situações de urgência e emergência.

As respostas do formulário foram em escala do tipo Likert com quatro opções: não sei/não se aplica, sim, em parte e não. O tempo médio de preenchimento de cada formulário foi de 10 a 15 minutos. O formulário foi preenchido pela pesquisadora em cada uma das entrevistas com os profissionais de saúde.

Os dados obtidos pelo preenchimento dos formulários foram classificados da seguinte maneira: na UPA, em médicos e enfermeiros; na APS, em médicos ESF, médicos US e enfermeiros. Esta classificação foi necessária porque as respostas dos médicos de US tinham características diferentes das respostas dos médicos de ESF, enquanto que entre as enfermeiras de ESF e US não foram identificadas diferenças. Não houve tratamento estatístico específico para sustentar a diferenciação dos formulários, mas infere-se que isso tenha ocorrido pelo fato dos médicos da US e ESF terem práticas e formação diferentes.

### 3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram analisados por cálculos estatísticos com apoio de dois softwares de análise estatística o BioEstat 5.0. e o Statistica 7.0. A análise também foi feita com a assessoria estatística da equipe do LEA (Laboratório de Estatística Aplicada) da Universidade Federal do Paraná.

O pacote estatístico BioEstat é um programa destinado a estudantes de graduação e pós-graduação das áreas médicas e biológicas e tem o objetivo de propiciar a avaliação de informações oriundas da pesquisa, por meio do teste adequado de acordo com a natureza dos dados, amostra e tipo de experimento (AYRES *et al.*, 2007).

## 4 RESULTADOS

Neste capítulo, os resultados da pesquisa são expostos seguindo a ordem da coleta de dados. No primeiro subcapítulo são apresentadas as características dos participantes profissionais de saúde das unidades de atenção primária, da unidade de pronto atendimento. Em seguida estão apresentados os dados da APS (US e ESF) e UPA de acordo com as dimensões a seguir: apresentação do prontuário; conteúdo; treinamento; integração e alertas. Um subcapítulo está dedicado somente aos resultados dos enfermeiros da UPA.

### 4.1 UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

#### 4.1.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

O Distrito Sanitário Boa Vista, na época da coleta de dados, era composto por 18 unidades de APS, sendo 15 US e três ESF, nas quais trabalhavam 110 profissionais médicos e enfermeiros. Do total, 16 não se encaixaram nos critérios de inclusão por estarem de licença maternidade, prêmio ou médica, e 32 não aceitaram participar da pesquisa. Dessa forma, 33 médicos e 29 enfermeiros responderam os formulários, totalizando 62 profissionais.

Em relação aos médicos, 21 trabalhavam em US subdivididos nas áreas de ginecologia e obstetrícia, pediatria e clínica geral, e os 12 que eram de ESF atuavam como médicos de saúde da família. O número reduzido de profissionais atuantes nessas unidades deveu-se ao fato do distrito sanitário pesquisado estar com número menor de profissionais que o dimensionado, principalmente médicos, o que dificultou a coleta de dados.

Na UPA pesquisada durante os meses da coleta de dados, os profissionais médicos e enfermeiros cadastrados no serviço eram de 73 ao total, e destes, 11 não

se encaixaram nos critérios de inclusão pelos mesmos motivos das US. Assim, este campo de pesquisa contabilizou 41 participantes da UPA, sendo 13 enfermeiros e 28 médicos clínicos gerais e pediatras.

No tocante à caracterização dos participantes a idade total dos mesmos em anos pode ser visualizada na Tabela 1.

TABELA 1 - CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA: IDADE (ANOS) DOS PARTICIPANTES NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, CURITIBA, PARANÁ, 2015

	APS	UPA	TOTAL
Tamanho da amostra	62	41	103
Mínimo	25	25	25
Máximo	63	58	63
Mediana	44	33	39
Média Aritmética	44.81	35.49	41.10
Desvio Padrão	9.79	8.19	10.23

FONTE: A autora (2015)

Os resultados da UPA mostram uma população mais jovem, com mediana de 33 anos. Já as US concentram os profissionais médicos e enfermeiros com mais idade, chegando a 63 anos, com desvio padrão próximo de 10 anos.

Na identificação dos participantes, outro ponto levantado foi o tempo de trabalho no serviço público (TABELA 2) e o tempo de trabalho no serviço específico na APS ou UPA (TABELA 3).

TABELA 2 - CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA: TEMPO DE TRABALHO (ANOS) DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, MÉDICOS E ENFERMEIROS NO SERVIÇO PÚBLICO, CURITIBA, PARANÁ, 2015

	<b>APS</b>	<b>UPA</b>	<b>TOTAL</b>
Tamanho da amostra	62	41	103
Mínimo	2	1	1
Máximo	32	30	32
Mediana	13	5	9
Média Aritmética	15.06	6.73	11.75
Desvio Padrão	9.17	5.95	9.00

FONTE: A autora (2015)

TABELA 3 - CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA: TEMPO DE TRABALHO (ANOS) DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SERVIÇO PÚBLICO, CURITIBA, PARANÁ, 2015.

	<b>APS</b>	<b>UPA</b>	<b>TOTAL</b>
Tamanho da amostra	62	41	103
Mínimo	1	1	1
Máximo	31	20	31
Mediana	11	4	8
Média Aritmética	13.39	4.66	9.91
Desvio Padrão	8.35	3.55	8.06

FONTE: A autora (2015)

As Tabelas 2 e 3 mostram que o tempo mínimo de serviço na rede pública era de um ano e, no máximo, de 31 anos. Os tempos em ambas as tabelas dizem respeito tanto à categoria de médicos quanto à categoria de enfermeiros, o que revela que há uma média comum em ambas as questões, de 11 e 13 anos de trabalho. Pode-se notar que, em relação ao tempo de serviço, não houve discrepância entre as categorias.

TABELA 4 - TEMPO DE TRABALHO (ANOS) DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, CURITIBA, PARANÁ, 2015

Tamanho da amostra	29
Mínimo	3
Máximo	31
Mediana	13
Média Aritmética	14.6
Desvio Padrão	8.7

FONTE: A autora (2015)

TABELA 5 - TEMPO DE TRABALHO DOS MÉDICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, CURITIBA, PARANÁ, 2015

Tamanho da amostra	33
Mínimo	1
Máximo	29
Mediana	10
Média Aritmética	12.3
Desvio Padrão	7.97

FONTE: A autora (2015)

As Tabelas 4 e 5 mostram que, mesmo quando separados os tempos de trabalho na atenção primária por categoria profissional, tem-se que o tempo mínimo para os enfermeiros é de três anos e, para os médicos, um ano, enquanto o tempo máximo de trabalho para os enfermeiros foi de 31 anos e para os médicos 29 anos, o que leva a uma média de 10 e 13 anos, e não se distancia da média da amostra no total da APS.

#### 4.1.2 Apresentação do prontuário

Nessa categoria, os participantes foram questionados quanto à **apresentação do prontuário** eletrônico no sistema de informações. As perguntas referentes aos campos de preenchimento e se esses são de fácil acesso em situações de urgência e emergência, se as janelas que são preenchidas são de fácil compreensão, e se o sistema falha na parte gráfica, referente à necessidade de abrir várias guias para

encontrar os dados do usuário, se o e-Saúde é lento, com pouco espaço, com campos não preenchidos, eram iguais para ambos os serviços UPA e APS (TABELA 6).

Outras questões nessa categoria foram específicas para o serviço da APS: é necessário abrir várias janelas/guias para encontrar os dados do usuário em atendimento; o sistema avisa que o usuário em atendimento esteve em situação de urgência e emergência (TABELA 7). Na UPA as questões específicas a essa categoria foram as seguintes: há dificuldades para o preenchimento dos dados do usuário em situações de urgência e emergência, e o sistema tem campos que acabam não sendo utilizados/preenchidos no dia-a-dia (TABELA 6 e 7).

TABELA 6 – DIMENSÃO APRESENTAÇÃO DO PRONTUÁRIO NO E-SAÚDE NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CURITIBA, PARANÁ, 2015

	NÃO SEI/NÃO SE APLICA		SIM		EM PARTE		NÃO		TOTAL	
Fácil preenchimento em situações de urgência e emergência	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%
Enfermeiro APS	1	3.45	20	68.97	5	17.24	3	10.34	29	100
Médico ESF	0	0	8	66.67	3	25	1	8.33	12	100
Médico US	0	0	18	85.71	3	14.29	0	0	21	100
Enfermeiro UPA	2	15.38	4	30.77	3	23.08	4	30.77	13	100
Médico UPA	0	0	17	60.71	6	21.43	5	17.86	28	100
Campos são de fácil compreensão	f	%	f	%	F	%	f	%	TOTAL	
Enfermeiro APS	0	0.00	27	93.10	2	6.90	0	0.00	29	100
Médico ESF	0	0	10	83.33	1	8.33	1	8.33	12	100
Médico US	0	0	20	95.24	1	4.76	0	0	21	100
Enfermeiro UPA	1	7.69	6	46.15	1	7.69	5	38.46	13	100
Médico UPA	0	0	14	50	3	10.71	11	39.29	28	100
O sistema falha na parte gráfica	f	%	f	%	F	%	f	%	TOTAL	
Enfermeiro APS	1	3.45	18	62.07	0	0.00	10	34.48	29	100
Médico ESF	0	0	8	66.67	1	8.33	3	25	12	100
Médico US	0	0	10	47.62	5	23.81	6	28.57	21	100
Enfermeiro UPA	0	0	4	30.77	1	7.69	8	61.54	13	100
Médico UPA	2	7.14	7	25	2	7.14	17	60.71	28	100

FONTE: A autora (2015)

De acordo com a Tabela 6, pode-se observar que a maioria dos participantes, totalizando 46 profissionais da APS ou 74,19% da amostra, acredita que os campos de preenchimento são de fácil acesso em situações de urgência e emergência. Para os enfermeiros da UPA, as respostas foram divididas, enquanto quatro (30,77%) responderam ter o acesso fácil aos campos de preenchimento, a mesma quantidade, quatro (30,77%), acredita que o sistema não é de fácil acesso em situações de urgência e emergência. Para os médicos da UPA, 17 (60,71%), o sim foi mais significativo.

Outro ponto levantado foi se campos do e-Saúde, que são preenchidos pelos participantes, de fácil compreensão, sendo que na APS 27 (93,10%) enfermeiros, 10 médicos ESF (83,33%) e 20 médicos US (95,24%), responderam que sim, perfazendo um total de 91,93% dos participantes. Contudo, mesmo com a experiência no uso do SIS, os participantes relataram algumas dificuldades referentes à necessidade de abrir várias janelas/campos para encontrar os dados do usuário no momento da consulta, sendo que 18 (62,07%) enfermeiros, sete (58,33%) médicos ESF, e oito (38,1%) médicos US relataram ter essa dificuldade, somando 53,22% da amostra. Para os participantes da UPA metade dos médicos 14 (50%) responderam que sim, pois acreditam que o sistema é de fácil compreensão e manuseio, enquanto seis enfermeiros (46,15%) tiveram a mesma opinião dos médicos e cinco (38,46%) enfermeiros discordaram dessa opinião.

Quanto ao *design* do SIS, a pergunta feita aos participantes foi se eles achavam que o sistema apresentava alguma falha na parte gráfica. Pode-se perceber que mais da metade (58,06%) dos entrevistados na APS acreditam que o sistema apresenta falhas, sendo esses 18 (62,07%) enfermeiros, oito (66,67%) médicos ESF, e 10 (47,62%) médicos US. Na UPA, por outro lado, oito (61,54%) enfermeiros e 17 (60,71%) médicos não acreditam que o sistema tenha falhas significativas.

A Tabela 7 refere-se aos pontos levantados sobre a apresentação do prontuário somente na APS. Verificou-se que o número de médicos das US que acreditam não ter dificuldades para encontrar os dados dos usuários é igual ao total dos que responderam sim, sendo oito (38,1), enquanto os enfermeiros acreditam que sim 18 (62,07%). Seguindo os pontos negativos em relação à apresentação do e-saúde, 83,87% dos participantes relataram que o sistema não tem nenhum tipo de aviso que os alerte que o usuário atendido esteve em alguma situação de urgência e



emergência anteriormente. Desses, 24 (82,76%) eram enfermeiros, 10 (83,33%) médicos de ESF, e 18 (85,71%) médicos de US.

TABELA 7 – DIMENSÃO: APRESENTAÇÃO DO PRONTUÁRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, DO E-SAÚDE NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CURITIBA, PARANÁ, 2015

	NÃO SEI/NÃO SE APLICA		SIM		EM PARTE		NÃO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
É necessário abrir várias guias para encontrar os dados do usuário										
Enfermeiro APS	0	0.00	18	62.07	2	6.90	9	31.03	29	100
Médico ESF	0	0	7	58.33	1	8.33	4	33.33	12	100
Médico US	0	0	8	38.1	5	23.8	8	38.1	21	100
O sistema alerta que o paciente esteve em situação de urgência e emergência	f	%	f	%	f	%	f	%	TOTAL	
Enfermeiro APS	0	0.00	2	6.90	3	10.34	24	82.76	29	100
Médico ESF	0	0	1	8.33	1	8.33	10	83.33	12	100
Médico US	0	0	1	4.76	2	9.52	18	85.71	21	100

FONTE: A autora (2015)

Outro ponto da dimensão apresentação do prontuário (TABELA 8) é voltada apenas para a UPA, no que se refere à dificuldade de preenchimento dos dados do usuário no momento de atendimento de urgência e emergência na UPA, 10 (76,92%) dos enfermeiros, e 19 (67,86%) médicos, relataram não sentirem dificuldades. Porém, mesmo acreditando que o sistema não apresenta falhas na parte gráfica quando indagados se o sistema trazia campos em que eles não preenchiam no dia-a-dia, 82,93% dos participantes afirmaram que existem campos que eles não utilizam, nos atendimentos e acabam ficando sem preenchimento. Desses, 11 (84,62%) são enfermeiros e 23 (82,14%) são médicos.

TABELA 8 – DIMENSÃO APRESENTAÇÃO DO PRONTUÁRIO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, DO E-SAÚDE NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, CURITIBA, PARANÁ, 2015

	NÃO SEI/ NÃO SE APLICA		SIM		EM PARTE		NÃO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Há dificuldades para o preenchimento dos dados										
Enfermeiro UPA	1	7.69	1	7.69	1	7.69	10	76.92	13	100
Médico UPA	0	0	5	17.86	4	14.29	19	67.86	28	100
O sistema tem campos que não são utilizados/preenchidos	f	%	f	%	f	%	f	%	TOTAL	
Enfermeiro UPA	0	0	11	84.62	1	7.69	1	7.69	13	100
Médico UPA	0	0	23	82.14	0	0	5	17.86	28	100

FONTE: A autora (2015)

#### 4.1.3 Conteúdo

Nesta dimensão, as questões levantadas dizem respeito ao **conteúdo** do e-Saúde em relação à integração dos componentes da RUE, com enfoque na APS e UPA, no que diz respeito à referência e contrarreferência. Dessa forma, algumas questões são direcionadas para os dois serviços e outras apenas para a UPA.

TABELA 9 – DIMENSÃO CONTEÚDO DO E-SAÚDE NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, CURITIBA, PARANÁ, 2015

	NÃO SEI/NÃO SE APLICA		SIM		EM PARTE		NÃO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Contempla as necessidades de urgência e emergência (na APS para encaminhamento)										
Enfermeiro APS	0	0	4	13.79	11	37.93	14	48.28	29	100
Médico ESF	0	0	5	41.67	2	16.67	5	41.67	12	100
Médico US	0	0	5	23.81	7	33.33	9	42.86	21	100
Enfermeiro UPA	1	7.69	5	38.46	2	15.38	5	38.46	13	100
Médico UPA	0	0	14	50	3	10.71	11	39.29	28	100
Poderia contemplar partes mais específicas de situações de urgência e emergência	f	%	f	%	f	%	f	%	TOTAL	
Enfermeiro UPA	2	15.38	7	53.85	1	7.69	3	23.08	13	100
Médico UPA	1	3.57	7	25	10	35.71	10	35.71	28	100
É necessário mais campos de preenchimento para uma melhor avaliação da integração da informação	f	%	f	%	f	%	f	%	TOTAL	
Enfermeiro APS	0	0	13	44.83	10	34.48	6	20.69	29	100
Médico ESF	0	0	4	33.33	4	33.33	4	33.33	12	100
Médico US	0	0	14	66.67	5	23.81	2	9.52	21	100
Enfermeiro UPA	6	46.15	7	53.85	0	0	0	0	13	100
Médico UPA	0	0	9	32.14	8	28.57	11	39.29	28	100

FONTE: A autora (2015)

A Tabela 9 mostra as respostas dos participantes em relação ao conteúdo do sistema, a primeira questão diz respeito ao encaminhamento e se os profissionais conseguem fazer todo o encaminhamento em situações de urgência e emergência apenas pelo sistema, ou se eles ainda fazem uso de outros recursos. Pode-se perceber a presença de divergência nas respostas: a maior parte dos enfermeiros, 14 (48,28%), e médicos, US nove (42,86%), responderam que não conseguem realizar o encaminhamento apenas via sistema, utilizando, ainda, a impressão do encaminhamento para o usuário apresentar para o serviço que é referenciado, assim como o uso do telefone.

Enquanto para os médicos ESF, cinco (41,67%) responderam não, como as outras classes médicas, a mesma quantidade de médicos ESF(41,67%) acredita que

o conteúdo do sistema é suficiente para fazer o encaminhamento do usuário. Ainda nessa questão, um número considerável de enfermeiros, 11 (37,93%), e de médicos US sete (33,33%), respondeu que o conteúdo contempla em parte as necessidades para o encaminhamento, o que mostra que para alguns profissionais, imprimir a folha de encaminhamento para o usuário levar no serviço de pronto atendimento faz parte da rotina e não identificam essa prática como uma função apenas do sistema de informação municipal.

Outro ponto que levantou respostas não convergentes em relação ao conteúdo diz respeito aos campos de preenchimento. A questão feita aos participantes era se eles avaliavam a necessidade de mais campos de preenchimento em relação ao usuário para que pudesse melhorar a avaliação da integração da informação em situações de urgência e emergência, ou seja, se o sistema deveria ter mais campos em que a situação do usuário pudesse ser mais bem descrita nesses casos específicos. Metade dos entrevistados na APS (50%) acredita que sim, porém, na categoria médico ESF, as opiniões foram discordantes, pois as respostas sim, não e em parte foram dadas por quatro participantes cada (33,33%), e na UPA os enfermeiros acreditam que não (39,29%) e os médicos que sim (53,85%). Para a compreensão do conteúdo do sistema, as Tabelas 10 e 11 são específicas ao seu conteúdo voltado a APS e a UPA.

TABELA 10 – DIMENSÃO CONTEÚDO DO E-SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, CURITIBA, PARANÁ, 2015

	NÃO SEI/NÃO SE APLICA		SIM		EM PARTE		NÃO		TOTAL	
O sistema deveria oferecer mais informações do internamento	f	%	f	%	f	%	f	%	TOTAL	
Enfermeiro	0	0	10	34.48	8	27.59	11	37.93	29	100
Médico ESF	0	0	2	16.67	3	25	7	58.33	12	100
Médico UBS	0	0	3	14.29	3	14.29	15	71.43	21	100
Conteúdo do prontuário eletrônico corresponde às necessidades para o acompanhamento de usuários de urgência e emergência	f	%	f	%	f	%	f	%	TOTAL	
Enfermeiro	0	0	5	17.24	16	55.17	8	27.59	29	100
Médico ESF	0	0	5	41.67	4	33.33	3	25	12	100
Médico UBS	0	0	3	14.29	5	23.81	13	61.9	21	100

FONTE: A autora (2015)

Na Tabela 10 os profissionais foram indagados quanto ao conteúdo do e-Saúde, e se ele deveria oferecer mais informações de internamento dos usuários. A grande maioria acredita que não, porém, os mesmos profissionais responderam que o conteúdo do sistema não corresponde às necessidades para o acompanhamento de usuários de urgência e emergência.

TABELA 11 – DIMENSÃO CONTEÚDO DO E-SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, CURITIBA, PARANÁ, 2015

	NÃO SEI/NÃO SE APLICA		SIM		EM PARTE		NÃO		TOTAL	
	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%
Poderia contemplar partes mais específicas de situações de urgência e emergência										
Enfermeiro UPA	2	15.38	7	53.85	1	7.69	3	23.08	13	100
Médico UPA	1	3.57	7	25	10	35.71	10	35.71	28	100
É necessário abrir várias guias de preenchimento em situações de urgência e emergência	f	%	F	%	f	%	f	%	TOTAL	
Enfermeiro UPA	4	30.77	2	15.38	1	7.69	6	46.15	13	100
Médico UPA	1	3.57	12	42.86	0	0	15	53.57	28	100
Os campos são de fácil preenchimento em situações de urgência e emergência	f	%	f	%	f	%	f	%	TOTAL	
Enfermeiro UPA	9	69.23	0	0	3	23.08	1	7.69	13	100
Médico UPA	0	0	6	21.43	14	50	8	28.57	28	100

FONTE: A autora (2015)

A Tabela 11 mostra a dimensão conteúdo do e-Saúde na UPA. Para os profissionais, tal conteúdo poderia ser mais específico para situações de urgência e emergência, e retaram, ainda que em tais situações é necessário abrir várias guias para o preenchimento dos dados dos usuários. A Tabela 11 também revela os primeiros pontos negativos em relação ao fato de as enfermeiras da UPA não terem acesso ao sistema de informação. Como explicado anteriormente, as enfermeiras nesse serviço apenas usam o sistema de informação e-Saúde na classificação de risco, enquanto que os demais cuidados são registrados em papel. Sendo assim, quando indagados se os campos são de fácil preenchimento em situações de

urgência e emergência as respostas das enfermeiras, em sua maioria, foram não sei/não se aplica, enquanto os médicos acreditam que em parte o sistema é fácil.

#### 4.1.4 Treinamento

Esta dimensão refere-se ao processo de **treinamento** dos participantes, antes e durante a implantação do SIS e como esses profissionais aprenderam no dia-a-dia a usá-lo em suas atividades. Outro ponto que pode ser observado nessa dimensão, é a proporção de profissionais que sabem utilizar todos os recursos do sistema, como mostra a Tabela 12.

TABELA 12 – DIMENSÃO TREINAMENTO DO E-SAÚDE DE NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
CURITIBA, PARANÁ, 2015

	NÃO SEI/NÃO SE APLICA		SIM		EM PARTE		NÃO		TOTAL	
Houve treinamento para o uso do sistema	f	%	f	%	f	%	F	%	f	%
Enfermeiro APS	0	0	5	17.24	2	6.90	22	75.86	29	100
Médico ESF	0	0	4	33.33	0	0	8	66.67	12	100
Médico US	0	0	9	42.86	2	9.52	10	47.62	21	100
Enfermeiro UPA	0	0	6	46.15	0	0	7	53.85	13	100
Médico UPA	1	3.57	3	10.71	0	0	24	85.71	28	100
O treinamento supriu com as necessidades para o uso do sistema	f	%	f	%	f	%	F	%	TOTAL	
Enfermeiro APS	0	0	3	10.34	0	0	26	89.66	29	100
Médico ESF	0	0	0	0	2	16.67	10	83.33	12	100
Médico US	0	0	1	4.76	4	19.05	16	76.19	21	100
Enfermeiro UPA	0	0	3	23.08	1	7.69	9	69.23	13	100
Médico UPA	1	3.57	1	3.57	0	0	26	92.86	28	100
Aprendeu no dia-a-dia	f	%	f	%	f	%	F	%	TOTAL	
Enfermeiro APS	0	0	27	93.1	0	0	2	6.9	29	100
Médico ESF	0	0	12	100	0	0	0	0	12	100
Médico US	0	0	21	100	0	0	0	0	21	100
Enfermeiro UPA	0	0	11	84.62	0	0	2	15.38	13	100
Médico UPA	0	0	27	96.43	0	0	1	3.57	28	100
Aprendeu com outros colegas	f	%	f	%	f	%	F	%	TOTAL	
Enfermeiro APS	0	0	24	82.76	2	6.90	3	10.34	29	100
Médico ESF	0	0	12	100	0	0	12	0	12	100
Médico US	0	0	21	100	0	0	0	0	21	100
Enfermeiro UPA	0	0	11	84.62	0	0	2	15.38	13	100
Médico UPA	0	0	26	92.86	0	0	2	7.14	28	100
Ainda sente alguma dúvida quando vai utilizar o sistema	f	%	f	%	f	%	F	%	TOTAL	
Enfermeiro APS	0	0	13	44.83	3	10.34	13	44.83	29	100
Médico ESF	0	0	6	50.00	1	8.33	5	41.67	12	100
Médico US	1	4.76	5	23.81	3	14.29	12	57.14	21	100
Enfermeiro UPA	2	15.38	4	30.77	2	15.38	5	38.46	13	100
Médico UPA	0	0	15	53.57	2	7.14	11	39.29	28	100
Sabe utilizar todos os recursos oferecidos pelo sistema	f	%	f	%	f	%	F	%	TOTAL	
Enfermeiro APS	0	0	12	41.38	6	20.69	11	37.93	29	100
Médico ESF	0	0	3	25	2	16.67	7	58.33	12	100
Médico US	0	0	10	47.62	4	19.05	7	33.33	21	100
Enfermeiro UPA	1	7.69	4	30.77	2	15.38	6	46.15	13	100
Médico UPA	0	0	8	28.57	1	3.57	19	67.86	28	100

FONTE: A autora (2015)

De acordo com a Tabela 12, observa-se que 22 (75,86%) enfermeiros, oito (66,67%) médicos ESF e 10 (47,62%) médicos US responderam não a respeito do treinamento para aprender o uso do sistema, somando assim 40% da amostra. Já na UPA, sete enfermeiros (53,85%) e, 24 médicos (85,71%), responderam não, somando 75,6% da amostra. Porém, mesmo aqueles que afirmaram ter treinamento na APS, na pergunta seguinte em que foram questionados se esse treinamento supriu todas as necessidades, 52% relataram que não, sendo que desses, 26 (89,66) eram enfermeiros, 10 (83,33%) eram médicos ESF e 16 (76,19%) eram médicos US, e os 26 médicos (92,86%) e nove enfermeiros (69,23%) da UPA também responderam não, somando 85,36% dessa população.

Nas questões seguintes, indaga-se sobre o aprendizado ter ocorrido no dia-a-dia, em que 96,77% afirmaram tal prerrogativa e desses, na APS, 27 (93,1%) eram de enfermeiros, 12 (100%), médicos ESF e 21 (100%), médicos US, e, na UPA, 11 eram (84,62%) enfermeiros e 27 (96,43%) médicos. Assim como, 24 (82,76%) enfermeiros, 12 (100%) médicos ESF, e 21 (100%) médicos US, e na UPA 11 enfermeiros (84,62%), e 26 (92,86%) médicos afirmaram ter aprendido também com os outros colegas, com um total de 91,93%.

Pela fala dos participantes, a falta de treinamento resulta em pontos desfavoráveis, como na próxima questão, em que 13 (44,83) enfermeiros APS, seis (50%) médicos ESF, quatro (30,77%) enfermeiros UPA, e 15 (53,57%) médicos UPA responderam sentir dúvidas quando necessitam buscar algumas informações no sistema, assim como 11 (37,93%) enfermeiros APS, sete (58,33%) médicos ESF, seis (46,15%) enfermeiros UPA, e 19 (67,86%) médicos da UPA afirmaram não saber utilizar todos os recursos do sistema.

Em contrapartida, para as mesmas questões supracitadas, o mesmo número de enfermeiros APS, 13 (44,83%), respondeu que não sente dificuldades em buscar informações, juntamente a 12 (57,14%) médicos US e cinco (38,46%) enfermeiros UPA. Da mesma forma como 12 (41,38%) enfermeiros APS, e 10 (47,62%) médicos US confirmam saber utilizar todos os recursos do sistema.



#### 4.1.5 Integração

Na dimensão **integração**, as questões feitas aos participantes referem-se a como ocorre a integração dos serviços pela troca de informação. Portanto, para entender e atender às necessidades da UPA e APS, foram feitas questões iguais a ambos (TABELA 13), e outras específicas para a APS (TABELA 14).

TABELA 13- DIMENSÃO INTEGRAÇÃO DO E-SAÚDE NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, CURITIBA, PARANÁ, 2015

	NÃO SEI/NÃO SE APLICA		SIM		EM PARTE		NÃO		TOTAL	
Os dados de internamento são repassados para o acompanhamento das equipes APS	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Enfermeiro APS	0	0	3	10.34	4	13.79	22	75.86	29	100
Médico ESF	0	0	0	0	2	16.67	10	83.33	12	100
Médico US	0	0	0	0	4	19.05	17	80.95	21	100
Enfermeiro UPA	0	0	1	7.69	3	23.08	9	69.23	13	100
Médico UPA	0	0	7	25	3	10.71	18	64.29	28	100
Se sim: Ocorre pelo paciente	f	%	f	%	f	%	f	%	TOTAL	
Enfermeiro APS	0	0	19	65.52	1	3.45	9	31.03	29	100
Médico ESF	0	0	5	41.67	0	0	7	58.33	12	100
Médico US	0	0	18	85.71	1	4.76	2	9.52	21	100
Ocorre via telefone	f	%	f	%	f	%	f	%	TOTAL	
Enfermeiro UPA	0	0	2	15.38	2	15.38	9	69.23	13	100
Médico UPA	0	0	1	3.57	0	0	27	96.43	28	100
Ocorre via papel	f	%	f	%	f	%	f	%	TOTAL	
Enfermeiro APS	0	0	7	24.14	1	3.45	21	72.41	29	100
Médico ESF	0	0	3	25	0	0	9	75	12	100
Médico US	0	0	5	23.81	1	4.76	15	71.43	21	100
Enfermeiro UPA	0	0	6	46.15	2	15.38	5	38.46	13	100
Médico UPA	0	0	15	53.57	4	14.29	9	32.14	28	100
Ocorre via sistema	f	%	f	%	f	%	f	%	TOTAL	
Enfermeiro APS	0	0	3	10.34	4	13.79	22	75.86	29	100
Médico ESF	0	0	1	8.33	1	8.33	10	83.33	12	100
Médico US	0	0	1	4.76	0	0	20	95.24	21	100
Enfermeiro UPA	0	0	0	0	0	0	13	100	13	100
Médico UPA	0	0	3	10.71	1	3.57	24	85.71	28	100
Ocorre via e-mail	f	%	f	%	f	%	f	%	TOTAL	
Enfermeiro APS	0	0	8	27.59	0	0	21	72.41	29	100
Médico ESF	0	0	4	33.33	0	0	8	66.67	12	100
Médico US	0	0	1	4.76	1	4.76	19	90.48	21	100

FONTE: A autora (2015)

De acordo com a Tabela 13, pode-se observar que a maior parte dos entrevistados (73,78%), afirmou que os dados do internamento dos usuários que procuram a UPA, ou outros serviços, não são repassados para o acompanhamento da atenção primária. Ainda sobre como essas informações de internamento são

repassadas para a equipe da atenção primária, 67,74% dos participantes, sendo desses 19 (65,52) enfermeiros APS, cinco (41,67%) médicos ESF, e 18 (85,71%) médicos US, afirmaram que as informações às quais eles têm acesso são repassadas pelo próprio usuário que procura o serviço e relata o que ocorreu no período de internamento, enquanto os profissionais da UPA, sendo 15 (53,37%) médicos e enfermeiros seis (46,15%), acreditam que essas informações são repassadas por papel para a APS.

Observou-se também que a maioria (77,41% APS) dos participantes não acredita que essas informações sejam repassadas via e-mail, nem via papel (72,58%, APS), nem por telefone (87,8% UPA).

Na Tabela 14 são apresentadas as questões sobre integração específicas para cada serviço UPA e APS.

TABELA 14 - DIMENSÃO INTEGRAÇÃO DO E-SAÚDE COM QUESTÕES ESPECÍFICAS PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, CURITIBA, PARANÁ, 2015

	NÃO SEI/NÃO SE APLICA		SIM		EM PARTE		NÃO		TOTAL	
O sistema tem campos de preenchimento para uma devolutiva para a APS	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
Enfermeiro UPA	7	53.85	0	0	0	0	6	46.15	13	100
Médico UPA	6	21.43	3	10.71	1	3.57	18	64.29	28	100
Você considera que as informações fornecidas no sistema são suficientes para a continuidade do cuidado na atenção primária	f	%	f	%	f	%	f	%	TOTAL	
Enfermeiro UPA	5	38.46	0	0	3	23.08	5	38.46	13	100
Médico UPA	6	21.43	7	25	4	14.29	11	39.29	28	100
Os resultados dos exames da UPA são disponibilizados via sistema para outros serviços	f	%	f	%	f	%	f	%	TOTAL	
Enfermeiro UPA	4	30.77	3	23.08	1	7.69	5	38.46	13	100
Médico UPA	1	3.57	4	14.29	5	17.86	18	64.29	28	100
O sistema deveria oferecer mais informações sobre o usuário que vem da APS	f	%	f	%	f	%	f	%	TOTAL	
Enfermeiro UPA	4	30.77	4	30.77	0	0	5	38.46	13	100
Médico UPA	1	3.57	4	14.29	7	25	16	57.14	28	100
Os dados do internamento são repassados para o acompanhamento na APS	f	%	f	%	f	%	f	%	TOTAL	
Enfermeiro APS	0	0	3	10.34	4	13.79	22	75.86	29	100
Médico ESF	0	0	0	0	2	16.67	10	83.33	12	100
Médico US	0	0	0	0	4	19.05	17	80.95	21	100

FONTE: A autora (2015)

Na UPA, entre as questões específicas feitas aos profissionais, sobre os campos de preenchimento específicos do sistema para uma devolutiva do que aconteceu com o usuário enquanto esteve internado na UPA em situações de urgência e emergência para a continuidade do cuidado na APS, sete enfermeiros (53,85%) responderam não sei/não se aplica, enquanto os 18 médicos (64,29%) responderam não.

Quando indagados se eles concordavam que as informações que são fornecidas no sistema são suficientes para a continuidade do cuidado na APS cinco enfermeiros (38,46%) e 11 médicos (39,29%) responderam que não. Da mesma forma, o mesmo número de enfermeiros cinco (38,46%), respondeu não saber.

Outra questão feita para os profissionais foi se os resultados dos exames da UPA são disponibilizados via sistema para outros serviços e APS. Cinco (38,46%) enfermeiros e 18 (64,29%) médicos responderam que não.

As demais questões de integração são voltadas a APS. Na pergunta feita aos profissionais que diz respeito aos dados de internamento do usuário na UPA e se esses são repassados para a equipe da APS, 22 (75,86%) enfermeiros, 10 (83,33%) médicos ESF, e 17 (80,95%) médicos US responderam que não.

#### 4.1.6 Alertas

Na dimensão **alertas**, as perguntas feitas aos participantes referem-se aos avisos, que os auxiliam diariamente, oferecidos ou não pelo sistema. Dessa forma, as questões eram ainda mais específicas para a necessidade de cada serviço, por isso serão apresentadas duas tabelas, específicas para cada serviço. Assim, a Tabela 15, refere-se aos alertas que constam no SIS e são visualizados pelos profissionais da UPA, e a Tabela 16 refere-se aos alertas que são visualizados na APS.

TABELA 15 - DIMENSÃO ALERTAS DO E-SAÚDE DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, CURITIBA, PARANÁ, 2015

	NÃO SEI/NÃO SE APLICA		SIM		EM PARTE		NÃO		TOTAL	
O sistema avisa se o usuário veio encaminhado da APS ou por conta própria	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
Enfermeiro UPA	1	7.69	0	0	0	0	12	92.31	13	100
Médico UPA	0	0	7	25	5	17.86	16	57.14	28	100
O sistema alerta que o paciente esteve na UPA recentemente	f	%	f	%	f	%	f	%	TOTAL	
Enfermeiro UPA	3	23.08	1	7.69	0	0	9	69.23	13	100
Médico UPA	1	3.57	10	35.71	4	14.29	13	46.43	28	100
O sistema permite alertar que o usuário que esteve na UPA precisa ter acompanhamento pela equipe da APS	f	%	f	%	f	%	f	%	TOTAL	
Enfermeiro UPA	10	76.92	0	0	0	0	3	23.08	13	100
Médico UPA	9	32.14	1	3.57	1	3.57	17	60.71	28	100
O sistema permite alertar que o usuário que esteve na UPA precisa ter uma consulta marcada na APS	f	%	f	%	f	%	f	%	TOTAL	
Enfermeiro UPA	11	84.62	0	0	0	0	2	15.38	13	100
Médico UPA	9	32.14	1	3.57	0	0	18	64.29	28	100

FONTE: A autora (2015)

A Tabela 15 mostra a dimensão alertas no sentido da integração dos serviços. Dessa forma, os participantes foram questionados se há no sistema algum alerta do que houve com o usuário na UPA quando ele vem para uma consulta na unidade de saúde. A essa pergunta obteve-se 82,26% de respostas negativas.

Outro ponto levantado foi se o sistema avisa o que aconteceu com o usuário, se ele é encaminhado da UPA para outro serviço 54,84% dos profissionais, responderam que não. Desse total, 13 (44,83%) eram enfermeiros, 10 (83,33%), médicos de ESF, e 11 (52,38%), médicos US. Contudo, 16 (55,17%) enfermeiros também responderam em parte, pois o sistema não alerta, mas o profissional da UPA consegue escrever no resumo de alta o que aconteceu com o paciente e para onde foi encaminhado.

Quanto ao alerta sobre a necessidade de acompanhamento do usuário que esteve na UPA, 66,12% dos participantes afirmaram que o sistema não possui esse tipo de aviso, e que o usuário é encontrado ou por busca ativa 70,97% ou pela procura do usuário 93,55% da amostra.

TABELA 16 - DIMENSÃO ALERTAS NO E-SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. CURITIBA, PARANÁ, 2015

Questão	NÃO SEI/NÃO SE APLICA		SIM		EM PARTE		NÃO		TOTAL	
Quando o usuário vem para consulta há alertas no sistema para o que houve com ele na UPA?	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Enfermeiro APS	0	0	2	6.9	3	10.34	24	82.76	29	100
Médico ESF	0	0	3	25	1	8.33	8	66.67	12	100
Médico US	0	0	1	4.76	1	4.76	19	90.48	21	100
O sistema avisa o que aconteceu com o paciente, se encaminhado	f	%	f	%	f	%	f	%	TOTAL	
Enfermeiro APS	0	0	0	0	16	55.17	13	44.83	29	100
Médico ESF	0	0	0	0	2	16.67	10	83.33	12	100
Médico US	0	0	2	9.52	8	38.1	11	52.38	21	100
O sistema alerta que o usuário que esteve na UPA precisa de acompanhamento	f	%	f	%	f	%	f	%	TOTAL	
Enfermeiro APS	0	0	5	17.24	6	20.69	18	62.07	29	100
Médico ESF	0	0	1	8.33	1	8.33	10	83.33	12	100
Médico US	0	0	0	0	8	38.1	13	61.9	21	100
O usuário é encontrado por busca ativa	f	%	f	%	f	%	f	%	TOTAL	
Enfermeiro APS	0	0	21	72.41	3	10.34	5	17.24	29	100
Médico ESF	0	0	11	91.67	0	0	1	8.33	12	100
Médico US	0	0	12	57.14	2	9.52	7	33.33	21	100
O próprio usuário vem à unidade e comunica	f	%	f	%	f	%	f	%	TOTAL	
Enfermeiro APS	0	0	28	96.55	0	0	1	3.45	29	100
Médico ESF	0	0	10	83.33	0	0	2	16.67	12	100
Médico US	0	0	20	95.24	0	0	1	4.76	21	100
Quando o usuário vem para consulta há alertas no sistema para o que houve com ele na UPA?	f	%	f	%	f	%	f	%	TOTAL	
Enfermeiro APS	0	0	2	6.9	3	10.34	24	82.76	29	100
Médico ESF	0	0	3	25	1	8.33	8	66.67	12	100
Médico US	0	0	1	4.76	1	4.76	19	90.48	21	100

FONTE: A autora (2015)

Na dimensão alertas da APS, observa-se que na APS os profissionais também não estão satisfeitos com os alertas do e-Saúde. Na Tabela 16, observa-se que não há alerta sobre o que houve na UPA de situações de urgência e emergência, se o usuário foi encaminhado, ou se precisa de acompanhamento. Sendo assim, esse usuário é encontrado por busca ativa, ou pela procura da equipe da APS.



Para a APS o sistema não tem alerta que avise se o usuário esteve em situação de urgência e emergência na UPA, quando ele procura a unidade.

Na dimensão alertas da atenção primária, quando os participantes foram indagados se há no sistema alertas que avisem o que houve com o usuário que esteve em situação de urgência e emergência na UPA, 82,25% dos entrevistados responderam que não, assim como, 41% responderam que o sistema não alerta se o usuário que esteve na UPA precisa de acompanhamento. As respostas revelam que o usuário que esteve em situação de urgência e emergência na UPA, ao retornar para casa, é encontrado pela APS por busca ativa (44%) ou pelo próprio usuário que vai até a unidade (58%).

#### 4.1.7 Questões específicas para enfermeiros da UPA

No formulário da UPA foi necessário acrescentar uma dimensão apenas para os enfermeiros para atender as necessidades da pesquisa, pois, como mencionado, os enfermeiros não têm acesso a todo o sistema de informação na UPA. Dessa forma, as perguntas feitas apenas aos enfermeiros buscaram entender os pontos importantes para a integração.

TABELA 17 – QUESTÃO APENAS PARA OS ENFERMEIROS DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, CURITIBA, PARANÁ, 2015

	NÃO SEI/NÃO SE APLICA		SIM		EM PARTE		NÃO		TOTAL	
QUESTÕES EXCLUSIVAS ENFERMAGEM UPA	f	%	f	%	f	%	F	%	f	%
Você tem experiência na atenção primária	0	0	3	23.08	0	0	10	76.92	13	100
Você considera que as atividades que você realiza na UPA e não são registradas no sistema, seriam importantes para a equipe da atenção primária	0	0	12	92.31	1	7.69	0	0	13	
Prescrição de Enfermagem	0	0	12	92.31	1	7.69	0	0	13	100
Sinais vitais	0	0	12	92.31	0	0	1	7.69	13	100
Resultados de exames	0	0	13	100	0	0	0	0	13	100

FONTE: A autora (2015)

A primeira pergunta feita aos participantes era referente à experiência deles na atenção primária, e a maioria (10 ou 76,92%) não possui esta experiência. Em seguida, eles responderam se consideram que as atividades realizadas pelos enfermeiros na UPA que não são registradas no e-Saúde são importantes para a APS, e 92,31% responderam que sim. Entre as atividades, foram pautadas positivamente a prescrição de enfermagem (92,31%), sinais vitais (92,31%) e resultados de exames (100%).

## 5 DISCUSSÃO

Neste capítulo são discutidos os resultados da pesquisa com embasamento na literatura procurando responder ao objetivo proposto de analisar a opinião dos profissionais sobre a integração entre as informações disponibilizadas à Rede de Urgência e Emergência por um sistema de informações em saúde municipal.

### 5.1 UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

#### 5.1.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

De acordo com os resultados da pesquisa, observou-se que o perfil dos trabalhadores da APS era de profissionais com mais tempo de serviço, tanto no serviço público quanto em APS, o que mostra que essa população pesquisada possui mais experiência no serviço e, possivelmente, conhece as rotinas e as tecnologias utilizadas no seu dia-a-dia. Tendo em vista que os profissionais da APS têm vínculo empregatício estável, uma vez que são profissionais concursados, de acordo com o CONASS (1996, p. 16), essa situação laboral “gera favorecimento do planejamento, execução e desenvolvimento continuado das ações institucionais, propiciado pelo caráter permanente e estável”. Na UPA os trabalhadores apresentaram um perfil mais jovem e com menos experiência no serviço público e, consequentemente, menos afinidade com o sistema, com destaque ao vínculo empregatício dos médicos, que não eram servidores públicos, mas contratados por uma fundação que administra o trabalho médico nesta UPA.

### 5.1.2 Dimensão apresentação do prontuário

No quesito **apresentação do prontuário**, pode-se observar que, de maneira geral, os participantes não sentem grandes dificuldades para preencher dados no e-Saúde, seja em situação de urgência e emergência ou situações cotidianas, a grande maioria dos participantes afirmou que o prontuário é de fácil compreensão, preenchimento e manuseio, independentemente da classe profissional. O que mostra que o e-Saúde não apresenta dificuldades para ser preenchido pelos profissionais, o que pode ser explicado pelo fato dos entrevistados terem experiência com o SIS municipal, como visto anteriormente.

O prontuário eletrônico é uma ferramenta importante no processo de trabalho dos profissionais da saúde. Ele é mais que um ambiente de registro de dados, pois propicia também o compartilhamento de informações e, é fonte de pesquisa e estudos epidemiológicos, ajudando a identificar casos específicos, entre outras funções (OPAS, 2013; REIS; LARA, 2015).

Os registros dos dados dos usuários vão além de quesitos relacionados à saúde, melhoria da qualidade e integração, mas também compõem quesitos éticos e legais. De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem, é dever e responsabilidade do enfermeiro registrar no prontuário do paciente, “seja em meio de suporte tradicional ou eletrônico as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência” (COFEN, p.1, 2012)

Todavia, mesmo com essas facilidades e experiência no uso do e-Saúde, alguns profissionais relataram que o sistema atende em partes suas necessidades. Isso fica claro na atenção primária, em que há algumas dificuldades de uso o que torna o processo mais demorado, principalmente na procura de dados do usuário que esteve na UPA, o que vai contra o propósito da criação e implantação dos registros eletrônicos de saúde, que tem como objetivo de aumentar a eficácia dos sistemas de saúde (CAVALINI, *et al.*, 2013).

Outro ponto negativo apontado pela maioria dos entrevistados da APS revelou a opinião dos profissionais em relação à interface do e-Saúde, demonstrando insatisfação com o modelo atual. O SIS deve ser construído e moldado com padrões para ser interoperável. Ele não pode ser estático, mas sim

passível de mudanças com o intuito de se adaptar às necessidades dos profissionais de saúde que o utilizam (DIAS; FREIRE, 2010).

Na APS pode-se perceber que os profissionais relataram a necessidade de abrir várias guias para encontrar os dados do usuário no momento da consulta. A falta de alertas que os avise se o usuário esteve em alguma situação de urgência e emergência na UPA e a dificuldade na procura dos dados deste usuário que esteve na UPA geram demora desnecessária no momento da consulta, pois obrigam o profissional a procurar dado por dado em todas as consultas e contar com que o próprio usuário lembre o que ocorreu durante sua internação na UPA. Para que a implementação do SIS seja adequada às necessidades dos profissionais, é importante que exista acessibilidade e usabilidade, com acesso rápido e seguro aos dados dos usuários dos serviços de saúde (STORMS, 2014).

Essa necessidade de agilidade da informação torna-se ainda mais relevante quando se refere à UPA. Este é um local em que ocorre o atendimento de urgência e emergência aos usuários do sistema de saúde e onde os profissionais necessitam da informação com rapidez e confiança (BEN-ASSULI, *et al.*, 2014).

O e-Saúde também apresenta, na percepção dos profissionais da UPA, campos que não são utilizados ou preenchidos no dia-a-dia. Isso mostra que o e-Saúde não está pautado nas necessidades dos profissionais que o utilizam, pois deveria atender às exigências dos profissionais de saúde, adaptando-se as atividades rotineiras e de emergência (STORMS, 2014).

Ainda existem desafios relacionados aos sistemas de informação e registros eletrônicos, porém deve-se levar em consideração que a saúde é uma área complexa e dinâmica, e a necessidade de SIS deve ser mais condizente as carências no cuidado e sua continuidade (CAVALINI, MOURA JÚNIOR, MENEZES, COOK, 2013; CUNHA, FERREIRA, RODRIGUES, 2010). Outro ponto que desfavorece a implantação e atualização de prontuários eletrônicos e sistemas de informação em saúde é o investimento necessário na infraestrutura adequada (MENDES, 2015).

### 5.1.3 Dimensão conteúdo

Em relação ao conteúdo do e-Saúde, pode-se perceber que os médicos da UPA têm uma visão diferente das demais classes de profissionais e serviço, pois os demais relataram que o e-Saúde não contempla as necessidades de urgência e emergência, encaminhamento, ou mesmo de integração da informação. Os médicos da UPA consideram que a integração existente é suficiente para a continuidade do cuidado.

Este resultado ressalta que a falta de experiência dos médicos da UPA na atenção primária, leva-os a uma dificuldade de compreensão sobre o processo de trabalho dos profissionais de saúde na APS. Por consequência, no tocante ao e-Saúde, não percebem as necessidades de integração da informação e dos serviços de saúde, pois apresentaram falas completamente opostas aos demais profissionais participantes da pesquisa.

A dimensão **conteúdo do prontuário**, para preenchimento por médicos e enfermeiros no e-Saúde, mostrou diferenças entre aqueles que trabalham em US e UPA. Para os primeiros, com exceção dos médicos de ESF, as informações são inclusas no SIS com mais facilidade, diferentemente da necessidade apontada por médicos e enfermeiras da UPA. Talvez o que se possa inferir aqui seja a diferença dos processos de trabalho. Na US e ESF, a demanda é eletiva e, na UPA, é urgência e emergência, com características de eminência do cuidado.

Na UPA, com o uso da Sistematização da Assistência da Enfermagem, SAE, o enfermeiro busca organizar e direcionar o cuidado terapêutico, pois seu modelo é construído em base teórico-conceitual que direcionam como deve ser realizado o cuidado (BOTTOSSO, *et al.*, 2006). Na situação de urgência e emergência, o processo de trabalho da enfermagem necessita da informação com eficiência e rapidez. Por esta razão, um sistema de informações deve ser simples, ágil, prático e adaptável para qualquer demanda. Logo, quando bem organizado contribui para a melhoria da qualidade da assistência em todos os níveis de atuação com confiabilidade e credibilidade (AZEVEDO, *et al.*, 2010).

Para os profissionais de saúde em sua maioria, para que ocorra uma maior integração, o e-Saúde deveria oferecer mais campos de preenchimento específicos a certas necessidades. Observa-se nessa dimensão uma incoerência com as

respostas na APS, pois quando indagados se o e-Saúde deveria oferecer mais informações do internamento, as respostas que surgiram imediatamente foram “não”. Contudo, ao serem questionados se os conteúdos ao que eles têm acesso no e-Saúde correspondem às necessidades para o acompanhamento, ou seja, a continuidade do cuidado dos usuários que estiveram em situação de urgência e emergência, o maior número de respostas foi negativa.

Dessa forma, percebe-se que o e-Saúde tem lacunas em seu conteúdo, principalmente quando relacionado com a integração. Um SIS precisa de um registro eletrônico de saúde que tenha como prioridade o compartilhamento da informação com base na interoperabilidade funcional que pode ser definida como “capacidade de um ou mais sistemas trocarem informação que possa ser compreendida pelos seres humanos” e também na interoperabilidade semântica, que garante que a “informação compartilhada entre eles seja reconhecida pelos próprios sistemas sem a intervenção humana, a partir da definição formal de conceitos do domínio” (DIAS, FREIRE, 2010, p.1).

Percebe-se que a falta de integração dos sistemas vai além da realidade brasileira. Nos Estados Unidos da América, por exemplo, na última década, o governo vem investindo bilhões de dólares no apoio de registros eletrônicos de saúde, no intuito da troca de informações dos pacientes (KIERKEGAARD, KAUSHAL, VEST, 2014).

O problema da interoperabilidade do sistema é que, por vezes, o sistema não é integrado pela falta da interoperabilidade (BOUAMRANE, TAO, SARKA, 2015). Na UPA, os profissionais foram mais críticos em relação ao conteúdo do e-Saúde, pois consideram que esse sistema poderia ser mais específico em relação à urgência e emergência, enquanto que, para os profissionais da APS o conteúdo deveria contribuir mais para as atividades diárias no serviço.

#### 5.1.4 Dimensão treinamento

Na dimensão **treinamento** pode-se constatar que os profissionais, de maneira geral, não consideram que houve um treinamento para aprendizagem do uso do e-Saúde. Segundo os relatos dos participantes, uma pessoa de cada equipe na APS foi treinada e ela teria a função de socializar o seu aprendizado com os outros profissionais. Na UPA, as enfermeiras relataram que o treinamento sobre o e-Saúde foi voltado especificamente para o uso do sistema de classificação de risco, pois elas têm acesso apenas a essa parte.

Os profissionais de ambos os serviços, não reconhecem que o treinamento foi suficiente para suas necessidades de uso. Somando a isso, para aqueles que começaram no serviço após a época de implantação do SIS, não houve nenhum tipo de treinamento formal. A aprendizagem significativa no ambiente de trabalho na área da saúde pode ser realizada pela educação permanente dos profissionais, o que já foi estabelecido pelo MS na Portaria GM nº 1.996 de agosto de 2007.

A educação permanente em saúde tem como de seus objetivos realizar reflexões críticas dos profissionais acerca de suas necessidades diárias, promovendo a organização do trabalho juntamente ao município e comissão de integração ensino e serviço (PIAZZA, RAMOS, OLIVEIRA, PRADO, ZAMPROGNA, 2015). Contudo, a pesquisa revela que tais ações que poderiam ser realizadas no sentido de atualizar os médicos e enfermeiros sobre o e-Saúde. Ressalta-se que tais práticas de educação que contemplem as atualizações do sistema de informações podem agregar benefícios à prática profissional de enfermagem (SILVA, 2010).

Para que ocorra o sucesso em qualquer SIS, é necessário que, no momento da implantação da nova tecnologia exista o engajamento dos profissionais com o sistema de informação, não apenas no final do processo, mas também na sua criação. Um estudo feito mostra que, quando os profissionais atuam em todo o processo, desde a implantação de novas tecnologias, sentem-se mais envolvidos, resultando em um maior sucesso de aceitação e qualidade do produto final, pois o produto é moldado a partir das necessidades dos próprios profissionais (BOUAMRANE, MAIR, 2014a).

O que se averiguou foi que na UPA e APS o treinamento aconteceu no dia-a-dia e por meio de outros colegas de trabalho, o que gera muitas vezes dúvidas na



utilização do e-Saúde e faz com que os profissionais não saibam usar todos os recursos do e-Saúde. O que se observou, ainda, nesta pesquisa foi a insegurança dos entrevistados, pois as suas respostas muitas vezes seguiram acompanhadas de frases como “até onde eu sei” ou “que eu saiba”. Outras vezes, essas barreiras podem ser superadas pela prática, pois muitos relataram que, com os anos de serviço, o aprendizado foi gerado, porém esse aprendizado ocorre no dia-a-dia e somente com os itens mais necessários.

Um sistema de saúde tem seu sucesso diretamente relacionado ao treinamento profundo e adequado a cada profissional que o utilizará em diversas etapas, na implantação, e em suas atualizações (CANÊO, RONDINA, 2014). O sistema moldado na realidade da prática de cada área traz como consequência maior usabilidade, mais qualidade e maior satisfação dos profissionais com suas ferramentas de trabalho (MALUCELLI; OTEMAIER; BONNET; CUBAS; GARCIA, 2010).

#### 5.1.5 Dimensão integração

Na dimensão **integração**, verificou-se que os dados de internamento dos usuários que foram atendidos na UPA não chegam até os profissionais da APS pelo sistema de informação. Isso mostra que não há uma integração completa dos serviços, visto que, quando informações são conhecidas pelas equipes, elas são compartilhadas entre essas equipes pelo próprio usuário quando este procura uma unidade de APS para se consultar, levando às vezes o encaminhamento de alta que o médico da UPA preenche e imprime no momento da alta para o usuário levar até o serviço de saúde mais próximo de sua residência.

Alguns estudos realizados acerca da temática revelaram que a implantação de sistemas de saúde completamente integrados é algo difícil, principalmente porque envolvem sistemas complexos dentro da rede, que gera mudanças constantes, como a implantação e incorporação de novas tecnologias que permitam a integração completa da informação. Todavia, a implantação de sistemas de saúde integrados é de fato possível quando há apoio político, incentivo financeiro e

compreensão do ambiente onde o sistema funcionará, tecnologias plausíveis às necessidades dos profissionais que a utilizaram (BOUAMRANE, TAO, SARKA, 2015; BOUAMRANE, MAIR, 2014a; MAIR, *et al.*, 2012). Também é preciso levar em consideração que o uso de tecnologias da informação em saúde traz impactos positivos sobre processos clínicos, qualidade e orientação do cuidado (BARDHAN, THOUIN, 2013).

Outro ponto que a pesquisa levantou sobre a integração foi na perspectiva da UPA, pois a maioria dos profissionais afirmou que o SIS não possui campos em que se possa preencher para uma devolutiva para que a APS saiba o que houve com o usuário na internação da UPA. Para os profissionais da UPA, os resultados que eles têm acesso quando o usuário advém de encaminhamento da APS são suficientes para o atendimento, pois esse usuário, antes da consulta com o médico passa pela classificação de risco com a enfermeira, que pergunta o que considera ser necessário para o atendimento.

Provavelmente, por isso, um número significativo de enfermeiros considerou que as informações não são suficientes, pois acabam obtendo pelo próprio usuário as informações que julgam pertinentes e não pelo e-Saúde. Enfim, constatou-se que quase totalidade dos profissionais considera necessária uma reformulação do sistema em relação ao acesso da informação.

A falta de integração do e-Saúde pode causar risco de erro de informações relacionadas ao cuidado, sendo prejudicial ao usuário e sua segurança. Para que o sistema contemple todas as necessidades de integração dos profissionais, uma avaliação profunda da complexidade dos problemas e das carências e do impacto das mudanças deve ser realizada periodicamente nos serviços (BOUAMRANE, MAIR, 2014; NOVAK, *et al.*, 2013).

Na APS, os profissionais reconhecem que as informações fornecidas pelo e-Saúde sobre o usuário que esteve na UPA não são suficientes para a continuidade do cuidado, pois os dados de internamento da UPA não são repassados para o acompanhamento na APS. Esta lacuna do SIS pode gerar erro pelo fato do usuário muitas vezes não saber descrever corretamente o que houve durante sua internação, exames e condutas realizadas (YILMAZ, ERDUR, TÜRKSEVER, 2013).

Fato que também é explicitado nas respostas refere-se aos resultados dos exames que são realizados na UPA e que não são disponibilizados no e-Saúde para os outros serviços, o que inclui a APS. Quando o usuário faz uma consulta na UPA e

realiza exames laboratoriais ou de diagnóstico por imagem, os profissionais não conseguem disponibilizá-los via SIS para a APS, gerando assim duplicidade de gastos. A troca de informação na área da saúde nos serviços de urgência e emergência reduz custos, pois evita a duplicação de exames. (SAEF, MELVIN, CARR, 2014). Assim, o usuário que realiza o exame na UPA, ao voltar para casa e continuar seu acompanhamento na APS, deveria ter disponibilizado no SIS o acesso a todos os seus resultados, evitando que se refaça um exame desnecessariamente, uma vez que ele já foi realizado na UPA.

A integração da informação, que leva ao compartilhamento dos dados em saúde pelo RES para todos os níveis de cuidado dentro de uma região, pode melhorar a qualidade do cuidado e reduzir custos no sistema de saúde (BAILEY, 2013). Porém, a questão intrigante é que alguns profissionais consideram que os resultados dos exames são disponibilizados igualmente para todos os serviços com acesso ao e-Saúde.

As discussões acerca da integração dos serviços de saúde têm avançado no âmbito mundial. Nos EUA, o governo reconhece a necessidade de conectividade e interoperabilidade das informações em saúde através de sistemas de informação computadorizados (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2014). No Reino Unido, a integração dos sistemas de saúde vem tornando-se um assunto importante, com medidas como o registro eletrônico na atenção primária e as discussões sobre a transferência e compartilhamento das informações dos usuários, sendo elas um dos propósitos do Serviço Nacional de Saúde (NHS) (BOUAMRANE, MAIR, 2011; BOUAMRANE, MAIR, 2013).

O e-Saúde conta com um prontuário eletrônico disponível na web para os pontos de atenção da RUE pesquisados. Assim, constata-se que, apesar de lacunas ressaltadas e que precisavam ser identificadas, existe integração da informação na rede, pois pelo e-Saúde os profissionais conseguem compartilhar dados clínicos relevantes, “uma vez que o histórico dos atendimentos se apresenta por ordem cronológica do registro do evento, bem como a incidência desses eventos” (OPAS, p.265, 2013).

### 5.1.6 Dimensão alertas

A dimensão seguinte diz respeito aos **alertas** do sistema e como eles auxiliam os atendimentos. De maneira geral, os profissionais apontam que faltam alertas que os avisem se o usuário veio encaminhado ou por conta própria, se esteve na UPA recentemente, se esteve em situação de urgência e emergência recentemente e se ocorreu algo com ele nesse período, o que ocorreu com o usuário se encaminhado, ou se o usuário que esteve na UPA precisa de acompanhamento. A falta de alertas faz com que o processo seja mais demorado, pois são informações que precisam ser buscadas uma a uma. Dessa forma, pode-se perceber que o sistema falha no quesito compartilhamento e fornecimento do acesso rápido e de alta qualidade aos profissionais sobre o alto número de usuários do serviço (BEN-ASSULI, *et al.*, 2014).

Da mesma forma, os profissionais também consideram que o e-Saúde deveria oferecer campos que os deixassem criar alertas para os outros profissionais, como quando o usuário esteve na UPA e precisa de acompanhamento e consultas na APS. Assim, já que o e-Saúde não alerta o que houve com o usuário, ele só pode ser encontrado por busca ativa ou pelo próprio usuário que procura a unidade.

### 5.1.7 Questões para as enfermeiras da Unidade de Pronto Atendimento

Algumas questões do formulário da UPA não obtiveram respostas pelas enfermeiras, pois como já mencionado, elas possuem acesso limitado ao sistema de informação em saúde na UPA. As enfermeiras fazem toda a triagem pela classificação de risco no computador, que fica no sistema para os médicos terem acesso no momento da consulta, mas, a partir desse momento, apenas os médicos têm acesso ao e-Saúde. Na unidade de internação da UPA, para a equipe de enfermagem, todo o processo de evolução, anotação, prescrição e, checagem de medicamentos é feito via papel. Os médicos dentro da UPA, para saberem os resultados de exames solicitados ao usuário, precisam acessá-los pelo computador

exclusivo do internamento, pois não tem acesso a essas informações a partir de seus computadores localizados em suas salas de atendimento.

O processo de trabalho das enfermeiras na UPA envolve o acolhimento e classificação de risco dos usuários e participa do processo de referência e contrarreferência (OLIVEIRA *et al.*, 2015), assim como todos os cuidados de internamento: prescrição de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, acompanhamento etc. A equipe de enfermagem presta o atendimento rápido e resolutivo a casos de urgência e emergência (OLIVEIRA, *et al.*, 2015).

O SIS tem por função eliminar as barreiras do trabalho, através de um fluxo de informação com qualidade nos dados para prática da enfermagem (LEE, MCELMURRY, 2010). Porém, os resultados da pesquisa mostram que, principalmente para a enfermagem, essas barreiras ainda são intransponíveis, pois, em um dos principais integrantes da RUE, a enfermagem ainda conta com o trabalho feito apenas no papel, com acesso limitado à informação, e menos acesso ao e-Saúde, levando à falta da informação de seu trabalho para outros pontos da rede, na continuidade do cuidado. A enfermagem como parte fundamental no cuidado tem a necessidade de um SIS funcional com base na sua prática assistencial, considerando que a má qualidade da informação nos serviços resulta em carências no cuidado (LEE, MCELMURRY 2010).

Para tanto, nesta pesquisa foram elaboradas algumas questões específicas para as enfermeiras desse serviço. Identificou-se que, a maior parte das enfermeiras não possui experiência na atenção primária, porém mesmo sem a vivência das necessidades desse serviço, as enfermeiras da UPA entendem e consideram que as atividades realizadas por elas, tais como prescrição, sinais vitais e resultados de exames que têm acesso, mesmo que registradas apenas no papel, são importantes para a equipe da APS e para a continuidade do cuidado.

Assim, nota-se que a abordagem da integração entre os componentes fica mais complexa, visto que dentro de um mesmo serviço as informações não são completamente integradas. Um estudo realizado por Winden *et al.* (2014) mostrou que, para os médicos, a troca de informação em saúde é imponderável para os serviços de emergência, pois poupam tempo e melhoram os resultados dos serviços para os usuários. Um sistema de informação integrado traz vantagens, reduz custos e propicia uma melhor utilização dos dados dos usuários ao serem capacitados profissionais que consigam acessar as informações de seus pacientes em qualquer

ponto, levando a melhor tomada de decisão, o que se torna ainda mais importante em situações de urgência e emergência, em que o usuário algumas vezes está inconsciente, não podendo se comunicar com a equipe, em que os resultados de exames, incidência e histórico podem ser cruciais na decisão da conduta a ser tomada, diminuindo tempo e erros (YILMAZ, ERDUR, TÜRKSEVER, 2013).

A integração da informação é importante em todas as áreas profissionais, não podendo ser mensurado se a sua falta é mais relevante para enfermeiros ou médicos da APS ou UPA. Contudo, os maiores achados na literatura referente à temática dizem respeito aos serviços de urgência e emergência, como no estudo realizado Bailey *et al.* (2014), que mostra a necessidade da troca de informação rápida nesses serviços e que esta troca melhora o diagnóstico, diminuindo a probabilidade de erro e o tempo dos atendimentos.

A importância de um sistema de informação pautado nas necessidades em saúde para a sistematização da assistência da enfermagem, vem sendo discutido pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Em 2010, foi criado um protótipo de um sistema para as enfermeiras, que resultou em um programa disponibilizado na página eletrônica para os associados e cursos de formação para atividades de educação permanente (MALUCELLI, OTEMAIER, BONNET, CUBAS, GARCIA 2010). Percebe-se, assim, pelas reflexões propiciadas por esta pesquisa, que o e-Saúde ainda não está totalmente pautado nas necessidades em saúde dos usuários e dos processos de trabalho dos profissionais da saúde, com destaque ao da enfermagem, principalmente quando o enfoque é o processo de trabalho das enfermeiras das UPAs.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O alcance dos objetivos desta pesquisa foram concretizados a partir da análise da percepção dos profissionais de saúde sobre a integração entre os dados e informações da RUE por um sistema de informações em saúde municipal. Os resultados mostram que a integração das informações na RUE ainda não ocorre de maneira satisfatória para os profissionais que utilizam o e-Saúde.

Na APS, a falta dos dados de internamento na UPA torna o processo de continuidade da assistência mais demorado e difícil, principalmente no que diz respeito aos exames laboratoriais e de imagem, pois a falta de acesso a esses resultados gera um gasto duplo do sistema de saúde e o usuário acaba realizando o mesmo exame mais de uma vez, para o mesmo problema.

Outro ponto relacionado à falta de integração é que muitos dados são obtidos através do relato do próprio usuário, o que pode gerar erro. O usuário muitas vezes não sabe sobre os procedimentos realizados em sua internação na UPA, e, quando retorna para casa, a equipe da APS só identifica o usuário que precisa de acompanhamento se ele procura o serviço de saúde.

Na UPA, os médicos realizam os atendimentos com as informações coletadas previamente pelas enfermeiras durante a classificação de risco e registrado no sistema de informações. Essa situação facilita a consulta, mas os relatos sobre a dificuldade em encaminhar um paciente para um especialista via e-Saúde demonstra descontentamento com o SIS e desconhecimento sobre as funções da UPA.

No que se refere às enfermeiras da UPA, a falta de um sistema informatizado no ambiente de internamento gera lacunas para a integração do cuidado realizado por esta equipe de enfermagem e as enfermeiras da APS, pois os registros das ações de enfermagem são feitos em prontuários de papel, o que dificulta também avanços no processo de trabalho com a implantação de uma proposta de sistematização da assistência de enfermagem neste ambiente.

Para todos os serviços investigados, o sistema de informação é uma ferramenta de trabalho valiosa, que auxilia nas atividades diárias, facilita e agiliza os atendimentos, promovendo economia e melhorando a qualidade do serviço prestado aos usuários. De maneira geral, a integralidade existente na RUE, deve-se também ao sistema de informação e-Saúde, que permite o armazenamento dos

dados dos usuários e o acesso pelos profissionais de saúde em qualquer ponto da rede.

O SIS é utilizado por diversas categorias profissionais de saúde, nos vários serviços e níveis da atenção à saúde, de uso exclusivamente do SUS. Essa ferramenta foi criada pelo município, de maneira a se adaptar às necessidades dos profissionais. O e-Saúde é modelo para outros municípios, pois não é um sistema estagnado, fechado, mas sim passível de mudanças conforme as necessidades de seu público alvo os profissionais da saúde. As contribuições desta pesquisa dizem respeito à análise detalhada do e-Saúde que foi realizada na perspectiva dos profissionais de saúde e aos destaques para que futuras atualizações considerem o processo de trabalho em saúde e especificamente, o processo de trabalho do enfermeiro na UPA, ainda não contemplado no sistema de informações vigente.

Outro ponto importante que os profissionais relataram diz respeito ao treinamento. Os profissionais de saúde consideram que o aprendizado não ocorreu de forma satisfatória, pois o aprendizado ocorre no dia-a-dia e com outros colegas de trabalho, o que gera insegurança e, muitas vezes, desconhecimento de algumas funções importantes do SIS.

Conclui-se portanto, que muitos pontos de integração da informação na RUE exigem tempo e investimentos financeiros. Contudo, um ponto passível de mudanças é o treinamento dos profissionais que o utilizam, através de cursos de capacitação e atualização, pois o e-Saúde é uma ferramenta de muitas opções que facilita e promove a melhoria do atendimento. Recomenda-se, portanto, que mais estudos sejam realizados, inclusive de enfoque qualitativo, para ampliar a avaliação da integração da informação, não apenas na RUE, mas também no âmbito de todas redes de atenção à saúde.



## REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, A.L.C.S.; et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Rev. Eletr. Enf.** v. 12, n. 4 p.736-45. Out/Dez 2010. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.6585>>. Acesso em: 17 nov. 2015.
- ALBQUERQUE, J. P.; PRADO, E. P. V.; MACHADO, G. R. Ambivalent implications of health care information systems: a study in the brazilian public health care system. **RAE**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, Jan/Fev. 2011. Disponível em: < <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/view/31006/29820>>. Acesso em: 15 jun. 2014.
- ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Praxis**, Volta Redonda, v. 6, n. 3, p.59-62, ago. 2011. Disponível em: <<http://web.unifoa.edu.br/praxis/numeros/06/59.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2015.
- AYRES, M. et al. BioEstat – aplicações estatísticas nas áreas das ciências bio-médicas. 5. ed. Belém/PA, 2007.
- BAILEY, Je *et al.* Health Information Exchange Reduces Repeated Diagnostic Imaging for Back Pain. **Annals Of Emergency Medicine**, [s.l.], v. 62, n. 1, p.16-24, jul. 2013. Elsevier BV. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2013.01.006. Disponível em: <10.1016/j.annemergmed.2013.01.006>. Acesso em: 16 set. 2015.
- BARBOSA, D. C. M. Sistemas de Informação em Saúde: a percepção e a avaliação dos profissionais diretamente envolvidos na Atenção Básica de Ribeirão Preto/SP. São Paulo, 95 p. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- BARBOSA, D. C. M.; FOSTER, A. C. Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 424-33. 2010. Disponível em: < [http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010\\_3/artigos/CSCv18n3\\_pa424-33.pdf](http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_3/artigos/CSCv18n3_pa424-33.pdf)>. Acesso em: 27 ago. 2014.
- BARDHAN, IR; THOUIN, MF. Health information technology and its impact on the quality and cost of healthcare delivery. **Decision Support Systems**, [s.l.], v. 55, n. 2, p.438-449, Maio 2013. Elsevier BV. DOI: 10.1016/j.dss.2012.10.003. Disponível em: <10.1016/j.dss.2012.10.003>. Acesso em: 14 set. 2015.

BEN-ASSULI, OFIR et al. EHR in Emergency Rooms: Exploring the Effect of Key Information Components on Main Complaints. **J Med Syst**, [s.l.], v. 38, n. 4, p.36-38, Abr. 2014. Springer Science + Business Media. DOI: 10.1007/s10916-014-0036-y. Disponível em: <10.1007/s10916-014-0036-y>. Acesso em: 11 set. 2015.

BOTTOSSO, R. M. et al. Manual do processo de enfermagem e sua aplicação no Pronto Atendimento Adulto. Universidade Federal de Mato Grosso. Hospital Universitário Júlio Müller. Cuiabá, Mato Grosso (Coleções Assistência de Enfermagem Hospitalar, 2006.

BOUAMRANE, MM; MAIR, SF. Implementation of an integrated preoperative care pathway and regional electronic clinical portal for preoperative assessment. **Bmc Med Inform Decis Mak**, [s.l.], v. 14, n. 93, p.1-19, Nov. 2014. Springer Science + Business Media. DOI: 10.1186/1472-6947-14-93. Disponível em: <10.1186/1472-6947-14-93>. Acesso em: 13 set. 2015.

BOUAMRANE, M.-m.; TAO, C.; SARKAR, I. N.. Managing Interoperability and Complexity in Health Systems. **Methods Inf Med**, [s.l.], v. 54, n. 1, p.1-4, Jan. 2015. Schattauer GmbH. DOI: 10.3414/me15-10-0001. Disponível em: <10.3414/me15-10-0001 >. Acesso em: 11 set. 2015.

BRASIL. Constituição (1998). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, D.F.: Senado Federal, 1988

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, D.F., 20 de setembro de 1990. Disponível em: <  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 27 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

BRASIL. Constituição (2000). Emenda Constitutiva do Brasil Altera os Artigos 34,35, 156,160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF: Senado Federal, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde. O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social, Brasília, 2000. Relatório final, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. DATASUS Trajetória 1991-2002. Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.048, de 05 de novembro de 2002. Dispõe sobre o regulamento Técnico dos Sistemas de Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União. Brasília, D.F., 05 de novembro de 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Série E. Legislação de Saúde. Brasília, D.F., 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União. Brasília, D.F., 29 de setembro de 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS): Conferência Sérgio Arouca. Brasília, 2003c. Relatório final, Brasília, 2004.

Disponível em:

<[http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_12.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf)>. Acesso em: 16 jun 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2003. p. 230 – (Série D. Reuniões e Conferências), Brasília, D.F., 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regulamentos dos Pactos pela vida e de gestão. Brasília, v. 2, 2006a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) SUS: avanços e desafios. 1. ed. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF). Diário Oficial da União. Brasília, D.F., 28 de março de 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. 2. ed. Brasília, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Dispõe sobre o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. Brasília, D.F., 22 de fevereiro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília, 2007. p. 68, Série Pactos pela Saúde, v. 4, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, D.F., 20 de agosto de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.922, de 02 de dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de “Organização de redes loco - regionais de atenção integral às urgências” da Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União. Brasília, D.F., 02 de dezembro de 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Saúde (SIS). Brasília, 2008b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/svs/inf\\_sist\\_informacao.php](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/svs/inf_sist_informacao.php)>. Acesso em: 24 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.020, de 13 de maio de 2009. Dispõe sobre as diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes loco - regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União. Brasília, D.F., 13 de maio de 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria, n. 2.466, de 14 de outubro de 2009. Institui o Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO/MS), no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, D.F., 14 de outubro de 2009b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, D.F., 30 de dezembro de 2010b.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação. Panorama da interoperabilidade no Brasil.Org. Cláudia S. F. Mesquita e Nazaré L. Bretas. Brasília, 2010c. Disponível em: <<http://www.governoeletronico.gov.br/acoes-e-projetos/e-ping-padrees-de-interoperabilidade/o-que-e-interoperabilidade>>. Acesso em: 28 out 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, D.F., 07 de dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria, n. 1.601, de 07 de julho de 2011. Estabelece as diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de Urgências 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, D.F., 07 de julho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria, n. 2.648, de 07 de novembro de 2011. Redefine as diretrizes para implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União. Brasília, D.F., 07 de novembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.820, de 28 de novembro de 2011. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de Urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União. Brasília, D.F., 28 de novembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria, n. 2.821, de 28 de novembro de 2011. Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União. Brasília, D.F., 28 de novembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria, n. 2.072, de 31 de agosto de 2011. Redefine o Comitê de Informação e Informática em Saúde no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, D.F., 31 de agosto de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Curso de auto-aprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, D.F., 2012b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, D.F., 2012c. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm)>. Acesso em: 19 maio 2014.

BRASIL. Decreto n. 8.065, de 07 de agosto de 2013. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, D.F., p.1, 08 de agosto de 2013b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). A política nacional de informação e informática em saúde e seu plano operativo. Nota técnica. Brasília, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, p. 84, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria, n. 104, de 15 de janeiro de 2014. Altera a Portaria n. 342, de 04 março de 2013 que redefine as diretrizes para implantação da Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Diário Oficial da União. Brasília, D.F., 15 de janeiro de 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. DATASUS. Políticas. Disponível em: < <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=07>>. Acesso em: 08 maio 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informação e Informática do SUS. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Brasília, 29 de março de 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Relatório Final. Brasil, 1986. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em: 18 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A gestão do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 133 p 2015a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 157 p. 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 589, de 20 de maio de 2015. Institui a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNII). Diário Oficial da União. Brasília, D.F., 22 de maio de 2015c.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. Saúde na atualidade: por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Cadernos de Saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: UFRJ, Rede Sírus, 2011.

CANÊO, P.K., RONDINA, J.M. Prontuário eletrônico do paciente: conhecendo as experiências de sua implantação. **J. Health Inform.** São Paulo, v.6, n.2, p.67-71, Abr. 2014. Disponível em: < <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/289>>. Acesso em: 25 out. 2014.

CASTELLS, M. A sociedade em rede. São Paulo, Paz e Terra, v. 1, 4. ed., 2000.

CAVALINI, L. T. *et al.* XML technologies for semantic interoperability in healthcare: technical background and implementation. **Jornal Brasileiro Telessaúde**, [s.l.], v. 2, n. 4, p.117-130, Dez. 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/aps/resource/pt/sus-27631>>. Acesso em: 07 set. 2015.



Conselho Federal de Enfermagem. COFEN. Resolução n. 429, de 08 de junho de 2012. *Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Diário Oficial da União. Brasília, D.F., 08 de junho de 2012.*

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e a Estratégia da Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 2008. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>>. Acesso em: 16 jul. 2014.

CUNHA, A. P.; FERREIRA, J. J. M.; RODRIGUES, M. A. Atitude dos Enfermeiros face ao Sistema Informatizado de Informação em Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 3, n. 1, p.7-16, Jul. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rev/vserlln1/serlln1a02.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2015.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Atenção Primária. Disponível em: < <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/assistencia/atencao-basica>>. Acesso em: 26 abr. 2014.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Distritos Sanitários. Disponível em: < <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/a-secretaria/equipe/distritos-sanitarios>>. Acesso em: 17 maio 2014a.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Histórico da Secretaria. Disponível em: < <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/a-secretaria/historico-da-secretaria>>. Acesso em: 08 ago 2014b.

DAWSON, B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica. n. 93, 1920. Washington, 1964. Disponível em: <http://www.fundacionaequus.com.ar/biblioteca/infodawson-parte1.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2014.

DIAS, R. D. M.; FREIRE, S. M. Conceitos demográficos e suas representações nos sistemas de informação em saúde. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 18, p.167-177, Mar. 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=621271&indexSearch=ID>>. Acesso em: 11 set. 2015.



DIEHL, A. A.; TATIM, D. C. Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas. São Paulo: Prentice Hall, p. 168, 2004.

DRIESSANCK, M.; SOUSA, V.D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 3: métodos mistos e múltiplos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 15, n. 5, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt\\_v15n5a24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a24.pdf)>. Acesso em: 06 jul 2014.

FÁBREGA, R. Organización Panamericana da la Salud. El camino de la reforma: construyendo redes asistenciales basadas en la atención primaria, Reunión de expertos en sistemas integrados de salud. Santiago, 2007.

FONTAINE, P. *et al.* Systematic Review of Health Information Exchange in Primary Care Practices. **The Journal Of The American Board Of Family Medicine**, [s.l.], v. 23, n. 5, p.655-670, Set. 2010. American Board of Family Medicine (ABFM). DOI: 10.3122/jabfm.2010.05.090192. Disponível em: <10.3122/jabfm.2010.05.090192>. Acesso em: 11 set. 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Seminário Políticas de informação: avanços e desafios rumo à gestão do conhecimento. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <[http://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/apresentacao\\_seminario\\_politicas\\_de\\_informacao.ppt.ppt](http://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/apresentacao_seminario_politicas_de_informacao.ppt.ppt)>. Acesso em: 28 jun. 2014.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <<http://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9nicas-de-pesquisa-social.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2014.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (ISO). ISO 13606-2008: Health informatics, Electronic health record communication, Part 1: Reference model, 2008. Disponível em: <[http://www.iso.org/iso/iso\\_catalogue/catalogue\\_tc/catalogue\\_detail.htm?csnumber=40784](http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=40784)>. Acesso em: 10 out. 2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados gerais do município. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=410690>>. Acesso em: 26 abr. 2014.

KIERKEGAARD, P.; KAUSHAL, R.; VEST, J. R. Applications of Health Information Exchange Information to Public Health Practice: Applications of Health Information Exchange Information to Public Health Practice. **Amia Annu Symp Proc**, [s.i], v.

2014, n. 2014, p.795-804, Nov. 2014. Disponível em:  
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4419901/>>. Acesso em: 09 set. 2015.

LEE, S.; MCELMURRY, B. Capturing Nursing Care Workflow Disruptions. **Cin: Computers, Informatics, Nursing**, [s.l.], v. 28, n. 3, p.151-159, 2010. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). DOI: 10.1097/ncn.0b013e3181d77d3e. Disponível em: <10.1097/NCN.0b013e3181d77d3e>. Acesso em: 13 set. 2015.

MAIR, F.S. *et al.* Factors that promote or inhibit the implementation of e-health systems: an explanatory systematic review. **Bulletin Of The World Health Organization**, [s.l.], v. 90, n. 5, p.357-364, Maio 2012. WHO Press. DOI: 10.2471/blt.11.099424. Disponível em: <10.2471/BLT.11.099424>. Acesso em: 14 set. 2015.

MALUCELLI, A. *et al.* Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 4, n. 63, p.629-636, Jul. 2010. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/20.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2015.

MARIN, H. F. Sistemas de Informação em Saúde: considerações gerais. **Journal of Health Informatics**. São Paulo, v. 2, n. 1, 2010. Disponível em: < <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/4>>. Acesso em: 19 jul. 2014.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. 2. ed. Brasília, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Jan./Aug. 2010. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>>. Acesso em: 05 maio 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Informática do SUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Estabelecimento de Saúde. Disponível em:  
<[http://cnes.datasus.gov.br/Exibe\\_Ficha\\_Estabelecimento.asp?VCo\\_Unidade=4106902639386](http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=4106902639386)>. Acesso em: 17 jul. 2014.

MINISTÉRIO DE LA SALUD DE CHILE. Redes asistenciales. Subsecretaria de Redes Asistenciales. Santiago, 2005.

MINISTERIO DE SANIDAD. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. Disponível em: <[www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es)>. Acesso em: 27 out. 2014.

NACIONES UNIDAS. Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Manual de Salud Electrónica para Directivos de Servicios y Sistemas de Salud. ISBN: 978-84-695-2755-9. 2014. Disponível em: <  
[http://www.seis.es/documentos/informes/IX\\_INFORME\\_SEIS\\_DOCUMENTO\\_COMP\\_LETO.pdf](http://www.seis.es/documentos/informes/IX_INFORME_SEIS_DOCUMENTO_COMP_LETO.pdf)>. Acesso em: 27 out. 2014.

NOVAK, L.R. et al. Using a sociotechnical framework to understand adaptations in health IT implementation. **International Journal Of Medical Informatics**, [s.l.], v. 82, n. 12, p.331-344, Dez. 2013. Elsevier BV. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2013.01.009. Disponível em: <10.1016/j.ijmedinf.2013.01.009>. Acesso em: 15 set. 2015.

O'Dwyer, G. et al. The current scenario of emergency care policies in Brazil. **BMC Health Services Research**. v. 3, 2013. Disponível em: < doi:10.1186/1472-6963-13-70>. Acesso em: 07 maio 2014.

OLIVEIRA, S.N. et al. Emergency Care Units (UPA) 24h: the nurses' perception. Florianópolis, v. 24, n. 1, p.238-244, 2015. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000100238&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100238&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 10 nov. 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. 1. ed. Brasília, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Reunião com o "Programa para la Eliminación de La Oncocercosis en las Américas" e Ministério da Saúde do Brasil. 23 de agosto de 2010. Disponível em:  
 <[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=885&Itemid=672](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=885&Itemid=672)>. Acesso em: 22 maio 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Ministério da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. 2. ed. Brasília, 2011a.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Ministério da Saúde. Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório em quatro capitais brasileiras. 2. ed. Brasília, 2011b.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Projeto de e-saúde no Brasil pelo Diretor do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Unidade Técnica Gestão do Conhecimento e Comunicação, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/2iqlTF>>. Acesso em 28 out 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Visão de e-saúde no Brasil versão 1.0. Unidade Técnica Gestão do Conhecimento e Comunicação, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/TwxAO0>>. Acesso em: 28 out 2014.

PIAZZA, M. et al. Educação permanente em unidades de pronto atendimento 24 horas: necessidade e contribuição à enfermagem. **J. Nourse and Health**. Florianópolis, v. 5, n. 1, p.47-54, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/5408>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

RAMOS, P.; RAMOS, M. M.; BUSNELLO, S. J. Manual prático de metodologia da pesquisa: artigo, resenha, projeto, TCC, monografia, dissertação e tese. Blumenau, 2005.

ROUQUAYROL, M.Z, ALMEIDA FILHO, N.. Epidemiologia e saúde 6ª edição, Guanabara Koogan , Rio de Janeiro 2006.

SAEF, S.; MELVIN, C; CARR, C. Impact of a Health Information Exchange on Resource Use and Medicare-Allowable Reimbursements at 11 Emergency Departments in a Midsized City. **Western Journal Of Emergency Medicine**, [s.l.], v. 15, n. 7, p.777-785, Nov. 2014. Western Journal of Emergency Medicine. DOI: 10.5811/westjem.2014.9.21311>. Disponível em: <10.5811/westjem.2014.9.21311.>. Acesso em: 12 set. 2015.

SHIROMA, L. M. B.; PIRES, D. E. P. Classificação de risco em emergência – um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enfermagem em foco**, v. 2, n. 1, Jun./Jan. 2011. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/67>>. Acesso em: 04 jun. 2014.

SILVA, T. E.; KERR PINHEIRO, K. M. M. Configurações contemporâneas da Política de Informação: poder, política e regime de informação. In: TOMAÉL, M. I. (Org.). Compartilhamento da Informação. 1. ed. Londrina: Eduel, 2012, p. 73-101. Disponível em: <<http://enancib.sites.ufsc.br/index.php/enancib2013/XIVenancib/paper/viewFile/176/184>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

SILVA, S. H. et al. Estudo avaliativo da consulta de enfermagem na rede básica de Curitiba – PR. **Rev. esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 44, n. 1. Mar. 2010. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000100010> >. Acesso em: 28 out. 2015.

STORMS, H. et al. Implementing an electronic medication overview in Belgium. **Bmc Research Notes**, [s.l.], v. 7, n. 915 p.1-6, Dez. 2014. Springer Science + Business Media. DOI: 10.1186/1756-0500-7-915>. Disponível em: < 10.1186/1756-0500-7-915>. Acesso em: 12 set 2015.

REIS, A.; LARA, N. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e os benefícios para o avanço na saúde. Textos para discussão. **Instituto de Estudos de Saúde Suplementar**. n. 53. 2015. Disponível em:< <http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/2gtafi779c4e0840.pdf> >. Acesso em: 23/11/2015.

WORLD BANK. Enhancing performance in Brazil's health sector: lessons from innovations in the State of São Paulo and the City of Curitiba. Country Management Unit, Worls Bank, n. 35691, Brasília, Brazil 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Integrated health services: what and why? Technical Brief. Geneva, n. 1, 2008a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). HEALTH INFORMATION SYSTEMS. Toolkit on monitoring health systems strengthening. 2008b.

WINDEN, T. J. *et al.* Care Everywhere, a Point-to-Point HIE Tool. **Appl Clin Inform**, [s.l.], v. 5, n. 2, p.388-401, 2014. Schattauer GmbH. DOI: 10.4338/aci-2013-12-ra-0100. Disponível em: <10.4338/ACI-2013-12-RA-0100>. Acesso em: 09 set. 2015.

YILMAZ, O; ERDUR, RC; MUSTAFA, T. SAMS – A Systems Architecture for Developing Intelligent Health Information Systems. **J Med Syst**, [s.l.], v. 37, n. 6, p.2-17, Nov. 2013. Springer Science + Business Media. DOI: 10.1007/s10916-013-9989-5. Disponível em: <10.1007/s10916-013-9989-5>. Acesso em: 15 set. 2015.

## APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O ENFERMEIRO/MÉDICO.....95

APÊNDICE 2 – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....98

APÊNDICE 3 – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.....101

## APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O ENFERMEIRO/MÉDICO

Nós, Andressa Paola de Oliveira Queiroz e Aida Maris Peres, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, Enfermeiro e Médico Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, a participar de um estudo intitulado “Integração de Serviços e de Informações na Rede de Urgência e Emergência”. A pesquisa justifica-se pela contribuição na avaliação da informação em saúde na rede de urgência e emergência, permitindo que as informações geradas dentro da unidade de pronto atendimento, possam ser utilizadas em de todos os níveis de atenção da RUE. Cumprindo - se assim, o princípio de integralidade da rede, possibilitando a integração de todos os serviços e melhorando o serviço prestado a população.

O objetivo desta pesquisa é Avaliar a integração entre as informações disponibilizadas à Rede de Urgência e Emergência por um sistema de informações em saúde municipal.

Caso você participe da pesquisa, será necessário que você responda a algumas questões que lhe serão feitas em uma sala reservada do seu ambiente de trabalho com duração aproximada de trinta minutos, e a sua autorização será mediante a assinatura deste documento. Os riscos que poderão ocorrer são relativos ao desconforto durante a entrevista, que será imediatamente suspensa caso este fato seja observado.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: 1) Identificar dados e informações relevantes para a rede de urgência e emergência disponibilizada pelo sistema de informações em saúde municipal; 2) Descrever a integração das informações da rede de urgência e emergência utilizadas pelos profissionais de saúde do município. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico e da prática profissional em saúde.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_

Orientador \_\_\_\_\_ Orientado \_\_\_\_\_

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR Rua  
Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240

Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

As pesquisadoras Andressa Paola de Oliveira Queiroz, mestranda e a Prof<sup>a</sup> Dra. Aida Maris Peres, orientadora da pesquisa, enfermeira responsáveis por esta pesquisa, poderão ser contatadas pelo e-mail: [golandressa@gmail.com](mailto:golandressa@gmail.com) ou [amaris@ufpr.br](mailto:amaris@ufpr.br), telefone (41) 95173603 ou no telefone comercial (41) 3024-4886 ou no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (Bloco Didático II – Av. Lothário Meissner, 632, Jardim Botânico, Curitiba-PR, de segunda à sexta- feira, das 8h às 17h), para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter, e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrada o estudo.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas apenas pelas pesquisadoras. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade.**

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal\_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável\_\_\_\_\_

Orientador\_\_\_\_\_Orientado\_\_\_\_\_

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR –CEP:80060-240

Tel (41)3360-7259 - e-mail: [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.



Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante de pesquisa

Curitiba

Data:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR Rua  
Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR –CEP:80060-240

Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

FORMULÁRIO TEMAS PARA ORIENTAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE						
<b>FUNÇÃO:</b>						
<b>TEMPO DE TRABALHO NO SERVIÇO PÚBLICO:</b>						
<b>TEMPO DE TRABALHO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:</b>						
<b>IDADE:</b>						
<b>APRESENTAÇÃO DO PRONTUÁRIO</b>	1) Os campos de preenchimento são de fácil acesso em situações de urgência e emergência		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
	2) Os campos que são preenchidas são se fácil compreensão		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
	3) O sistema falha na parte gráfica		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
	4) É necessário abrir várias janelas para encontrar todos os dados do usuário		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
	5) O sistema avisa que o usuário esteve em situação de urgência e emergência		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
	6) O sistema atende as necessidades do profissional		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<b>CONTEÚDO</b>	7) O conteúdo do sistema contempla todas as necessidades de urgência e emergência para encaminhamento		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
	8) É necessário mais campos de preenchimento para uma melhor avaliação da integração da informação em situação de urgência e emergência		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
	9) O sistema deveria oferecer mais informações do internamento		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
	10) Houve treinamento para uso do sistema		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
	11) O treinamento supriu com todas as necessidades para o uso do sistema		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
	12) Se não:	12.1) Aprendeu no dia-a-dia	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
		12.2) Aprendeu com outros colegas	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
	13) Você ainda sente dúvidas quando vai buscar alguma informação no sistema		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
	14) Você sabe utilizar todos os recursos oferecidos pelo sistema		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
	15) Sente que o sistema poderia contribuir mais para alguma tarefa		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
	16) Há cursos para renovação de		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO

	uso do sistema.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> PARTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SEI	
INTEGRAÇÃO	17) Os dados do internamento são repassados para o acompanhamento da US	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI	
	18) Se SIM:	18.1) Ocorre via usuário	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
		18.2) Ocorre e-mail	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
		18.3) Ocorre via papel	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
		18.4) Ocorre via sistema	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
	19) Você considera que seria necessário uma reformulação do sistema em relação ao acesso da informação com a equipe da US	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI	
	20) Você considera que o sistema oferece os dados necessários para integração, porém as pessoas não os preenchem	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI	
	21) Quando o usuário vem para consulta há alertas no sistema para o que houve com o paciente na UPA?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI	
	22) O conteúdo do prontuário eletrônico corresponde às necessidades para o acompanhamento em de usuários de urgência e emergência	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI	
		23) O prontuário é de fácil manuseio para a procura de dados do usuário que esteve na UPA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
24) O prontuário permite a busca de usuários que estiveram na UPA		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI	
25) O sistema avisa o que acontece com o usuário (exames, queixa principal, ocorrências, hospital que foi encaminhado (se encaminhado))		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI	
26) O sistema alerta que o usuário que esteve na UPA precisa de acompanhamento		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI	
27) Se NÃO:		27.1) O usuário é encontrado por busca ativa	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI

	27.2) O próprio usuário vem a unidade e comunica	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
	28) O sistema alerta que o usuário que esteve na UPA precisa ter uma avaliação com algum especialista	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
	29) Se NÃO o encaminhamento vem via papel com o usuário	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI

# **FORMULÁRIO TEMAS PARA A ORIENTAÇÃO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

**FUNÇÃO:**

**TEMPO DE TRABALHO NO SERVIÇO PÚBLICO:**

**TEMPO DE TRABALHO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO:**

**IDADE:**

<b>APRESENTAÇÃO DO PRONTUÁRIO</b>	1) Os campos do prontuário eletrônico são de fácil preenchimento para as necessidades de atendimentos de urgência e emergência	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
	2) O prontuário é de fácil compreensão e manuseio no momento do preenchimento	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
	3) Há dificuldades para o preenchimento dos dados no sistema	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
	4) O sistema tem alguma falha na parte gráfica	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
	5) O sistema atende suas necessidades como profissional na UPA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
	6) O sistema oferece campos que não são utilizados/preenchidos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
<b>CONTEÚDO</b>	7) O conteúdo do sistema contempla todas as necessidades de urgência e emergência	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
	8) O conteúdo poderia contemplar partes mais específicas em situações de urgência e emergência	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
	9) É necessário abrir várias guias de preenchimento em situações de urgência e emergência	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
	10) É necessário mais campos de preenchimento para uma melhor avaliação para a integração da informação em situação de urgência e emergência	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
	11) Os campos de preenchimento são de fácil acesso em situações de urgência e emergência	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA

	12) Houve treinamento para uso do sistema		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	NÃO SEI/NÃO SE APLICA
	13)O treinamento supriu com todas as necessidades para o uso do sistema		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
	14) Se NÃO:	14.1) Aprendeu no dia-a-dia	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
		14.2) Aprendeu com outros colegas	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
	15) Você ainda sente alguma dúvida quando vai utilizar o sistema		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
	16) Você sabe utilizar todos os recursos oferecidos pelo sistema		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
	17) Há cursos para renovação de uso do sistema		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
<b>INTEGRAÇÃO</b>	18) Os dados do internamento são repassados para o acompanhamento da equipe da APS		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
	19) Se SIM:	19.1) Ocorre via telefone	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
		19.2) Ocorre via papel	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
		19.3) Ocorre via sistema	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
	20) Há um aviso para a US do usuário que está retornando para a casa, em casos de pacientes que estiveram em situações de urgência		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
	21) O sistema oferece campos de preenchimento, para uma devolutiva a US.		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA

	22) Você acha que as informações fornecidas no prontuário são suficientes para a continuidade do cuidado na APS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
	23) Você acha que seria necessário uma reformulação do sistema em relação a integração da informação com a equipe de APS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
	24) O sistema avisa se o usuário veio encaminhado da US ou por conta própria	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
	25) O sistema alerta que o usuário esteve na UPA recentemente	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
	26) Os resultados de exames da UPA são disponibilizados via sistema para outros serviços	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
	27) O sistema permite alertar que o usuário que esteve na UPA precisa ter acompanhamento pela equipe da US	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
	28) O sistema permite alertar que o usuário que esteve na UPA precisa ter uma consulta marcada na US	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
	29) O sistema permite alertar que o usuário que esteve na UPA precisa ter uma avaliação com algum especialista	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
	30) O sistema permite alertar que o usuário teve encaminhamento quando passou pela UPA para algum hospital	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA
	31) O sistema deveria oferecer mais informações sobre o usuário que vem da US	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> EM PARTE	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI/NÃO SE APLICA

## **ANEXOS**

ANEXO 1 – TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA..105



## ANEXO 1 – TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS E DE INFORMAÇÕES NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

**Pesquisador:** Aida Maris Peres

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 33867114.0.0000.0102

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 823.474

**Data da Relatoria:** 08/10/2014

#### Apresentação do Projeto:

Projeto vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (mestrado profissional) tendo como pesquisadora responsável e orientadora Prof.<sup>a</sup> Aida Maris Peres e os pesquisadores Andressa Paola de Oliveira Queiroz, Carla da Ros, Jessika Rodrigues Rocha, Roselena Cardoso Vilela, Ana Carla Lemos Hipólito.

Para o desenvolvimento da presente pesquisa, os autores partem do pressuposto do princípio de Integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) definido como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Composto essa rede complexa e integral, o sistema dispõe de um serviço de urgência e emergência (RUE) institucionalizado em julho de 2011. Constituem partes do serviço de emergência e urgência as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e a Atenção Primária à saúde (APS).

A pesquisa do tipo quali/quantitativa será realizada na UPA e nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário Boa Vista, sendo escolhido por ser a unidade que realiza o maior número de atendimentos/dia no município. Os participantes desta pesquisa serão: usuários ou acompanhantes com idade superior a 18 anos e atendidos na UPA Boa Vista ; médicos e enfermeiros que atuam nesta UPA e nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Boa Vista e gestores

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-7250

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer: 023.474

da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e do Distrito Sanitário Boa Vista.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo primário:

- Avaliar a integração entre os serviços de saúde e as informações relacionadas à Rede de Urgência e Emergência

Objetivos secundários:

-Caracterizar e identificar o perfil e a demanda dos pontos de atenção à saúde na Rede de Urgência e Emergência em Curitiba-PR.

- Identificar dados e informações relevantes para a Rede de Urgência e Emergência disponibilizada pelo Sistema de Informações em Saúde municipal;

- Descrever o fluxo de informação e comunicação entre a Atenção Primária à Saúde e os Serviços de Urgência e Emergência.

- Reconhecer o itinerário terapêutico percorrido por usuários de uma Unidade de Pronto Atendimento e sua relação com a Estratégia de Saúde da Família.

-Mapear a integração da Rede de Urgência e Emergência no município de Curitiba-PR.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os pesquisadores apontam como eventual risco a possibilidade de constrangimento em algum momento do questionário, tendo como minimização para este risco a liberdade do participante se recusar em responder alguma pergunta que lhe cause o constrangimento. Como benefícios atestam a possibilidade dos resultados da pesquisa servirem como base para fomentar a discussão sobre a organização da Rede de Atenção de Urgências e Emergências nos seus diferentes pontos de atenção.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Não há.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados e estão adequados.

**Recomendações:**

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer: 023.474

Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Solicitações de inadequações e/ou pendências devidamente atendidas pelos pesquisadores.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS).

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Por se tratar de pesquisa envolvendo Instituição da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, o pesquisador poderá iniciar a pesquisa somente após a análise de viabilidade emitida pelo CEP/SMS. Após análise do CEP da SMS, favor anexar o Parecer de Viabilidade no Sistema PB, modo: notificação.

CURITIBA, 08 de Outubro de 2014

---

**Assinado por:  
IDA CRISTINA GUBERT  
(Coordenador)**

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: [conep.saude@ufpr.br](mailto:conep.saude@ufpr.br)